

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS de Tavares/RS**

**Esperanza Suárez Venzant**

**Pelotas, 2015**

**Esperanza Suárez Venzant**

**Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS de Tavares/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Waneza Dias Borges

Co-orientadora: Vera Lúcia Quinhones Guidolin

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

V472m Venzant, Esperanza Suárez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Idosos na UBS de Tavares/RS /  
Esperanza Suárez Venzant; Waneza Dias Borges, orientador(a); Vera  
Lúcia Quinhones Guidolin, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

97 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da  
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de  
Pelotas, 2016.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Saúde do Idoso  
4. Assistência domiciliar 5. Saúde Bucal I. Borges, Waneza Dias, orient.  
II. Guidolin, Vera Lúcia Quinhones, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a Deus por colocar em meu coração o amor pelo próximo;

Às minhas filhas que apesar de que não as vi crescer igual me amam e entendem meu trabalho;

À minha mãe por ser eu produto de seu divino ventre

Ao Brasil por me permitir oferecer meus conhecimentos médicos ao bem da sociedade.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por sempre me colocar onde é preciso meu trabalho, mesmo eu não estando em condições confortáveis, às minhas filhas por ser o motor de minha vida, a minha mãe por entender todas minhas decisões, a minha orientadora Wâneza Dias Borges, por ter sempre críticas construtivas que ajudaram a desenvolver meu trabalho, a minha orientadora Vera Lúcia Quinhones Guidolin por me ajudar a concluir o TCC, ao Brasil por deixar ser parte dele

## Resumo

VENZANT, Esperanza Suárez. **Melhoria da atenção à saúde dos idosos na UBS Tavares RS**, 2016. 93f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Os grupos prioritários como os idosos, são frequentemente vítimas de doenças importantes e graves como HAS e DM, consideravelmente, prevê níveis controláveis. As mesmas aumentam com a idade, pelo que se faz urgente adotar e desenhar um programa de intervenção que conseguiria cadastrar, controlar, examinar e acompanhar a todos os idosos de minha área de abrangência, com o alvo de prevenir, controlar e diagnosticar qualquer doença e suas complicações que podem repercutir de forma negativa na qualidade de vida destes usuários a longo prazo. O presente trabalho trata-se de uma intervenção feita em nossa UBS tendo como objetivo geral melhorar a atenção à saúde dos usuários idosos na UBS no município de Tavares através da realização de um conjunto de ações e atividades coletivas de promoção da saúde nos usuários da população alvo realizada no período de setembro a dezembro 2015, totalizando 12 semanas. Tem os objetivos específicos de ampliar os indicadores da cobertura e os indicadores de qualidade do programa na UBS como: melhorar a qualidade da atenção aos usuários idosos; melhorar a adesão dos usuários idosos ao programa melhorar o registro das informações dos usuários idosos e promover saúde aos idosos na UBS, com o desenvolvimento de ações de promoção à saúde.

Foram realizadas ações durante a intervenção nos quatro eixos correspondentes; organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, prática clínica e engajamento público. A intervenção teve muita importância para a comunidade já que propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos idosos na comunidade e a melhoria das qualidades da atenção destes usuários, tendo como resultado final um grande impacto social, obtendo resultados positivos no trabalho considerando a avaliação dos indicadores que todos estavam em zero e agora exibimos orgulhosos, todos acima do 80%. Alcançamos 96,3% de cobertura que teve o cadastramento de 259 idosos com idade de 60 anos ou mais, de um total de 269 idosos. Nos indicadores de qualidade finalizamos com 100% na avaliação multidimensional rápida, rastreamento para HAS e DM, exame apropriado dos pés para idosos diabéticos, exame clínico apropriado em dia, cadastro de 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, assim como as visitas domiciliar destes. Exceção da atenção odontológica, que ficou em 7,3% com 19 usuários atendidos, mas com tendência a melhorar a cada semana. O objetivo de buscar uma melhor atenção à saúde que garante uma melhor qualidade de vida a esta parcela importante da população foi atendido.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso.

### Lista de Figuras

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Figura 1  | Gráfico-1 Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS de Tavares/RS  | 66 |
| Figura 2  | Gráfico-2 Proporção de pessoas idosas rastreadas para Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS de Tavares/RS                 | 67 |
| Figura 3  | Gráfico-3: Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia na UBS de Tavares/RS    | 69 |
| Figura 4  | Gráfico 4- Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada na UBS de Tavares/RS | 70 |
| Figura 5  | Gráfico 5-Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados na UBS de Tavares/RS             | 71 |
| Figura 6  | Gráfico 6- Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática na UBS de Tavares/RS               | 72 |
| Figura 7  | Gráfico 7- Proporção de pessoas idosas faltosas a consulta que receberam busca ativa na UBS de Tavares/RS                 | 74 |
| Figura 8  | Gráfico 8- Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social em dia na UBS de Tavares/RS                           | 76 |
| Figura 9  | Gráfico 9- Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS de Tavares/RS                  | 77 |
| Figura 10 | Fotografia 1  | 92 |
| Figura 11 | Fotografia 2  | 92 |
| Figura 12 | Fotografia 3  | 93 |
| Figura 13 | Fotografia 4  | 9  |

**Lista de abreviaturas**

|        |   |
|--------|---|
| ACS    | Agente Comunitário da Saúde                     |
| CAP    | Caderno de Ações Programáticas                  |
| CAPS   | Centro de Atenção Psicossocial                  |
| EAD    | Educação à Distância                            |
| ESF    | Estratégia da Saúde da Família                  |
| IBGE   | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MS     | Ministério da Saúde                             |
| NASF   | Núcleo de Apoio à Saúde da Família              |
| SAMU   | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência        |
| SIAB   | Sistema de Informações da Atenção Básica        |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                          |
| UBS    | Unidade Básica de Saúde                         |
| UFPEL  | Universidade Federal de Pelotas                 |
| UNASUS | Universidade Aberta do SUS                      |
| VD     | Visita Domiciliar                               |
| AD     | Adenoma Ductal                                  |



## Sumário

|   |    |
|---|----|
| Apresentação .....  | 10 |
| 1 Análise Situacional .....   | 11 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....  | 11 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional .....  | 13 |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional ..... | 23 |
| 2 Análise Estratégica .....   | 24 |
| 2.1 Justificativa .....   | 24 |
| 2.2 Objetivos e metas .....   | 27 |
| 2.2.1 Objetivo geral .....  | 27 |
| 2.2.2 Objetivos específicos e metas.....  | 27 |
| 2.3 Metodologia.....  | 29 |
| 2.3.1 Detalhamento das ações .....  | 29 |
| 2.3.2 Indicadores .....   | 54 |
| 2.3.3 Logística .....   | 60 |
| 2.3.4 Cronograma .....  | 64 |
| 3 Relatório da Intervenção .....  | 66 |
| 3.1- As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.....                             | 61 |
| 3.2- As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.....                         | 64 |
| 3.3.Aspecto relativo a coleta e sistematização dos dados.....                               | 65 |
| 3.4 Viabilidades da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.....    | 66 |
| 4 Avaliação da intervenção.....   | 71 |
| 4.1 Resultados.....   | 71 |
| 4.2 Discussão .....   | 84 |
| 5 .....   | 86 |
| Relatório da Intervenção para os gestores.....  | 86 |
| .....   | 88 |
| Relatório da Intervenção para a comunidade.....   | 88 |
| 7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....                           | 90 |
| Anexos .....  | 92 |
| Anexo A - Documento do comitê de ética .....  | 93 |
| Anexo B - Planilha de coleta de dados .....   | 92 |
| Anexo C - Ficha espelho .....   | 93 |
| Apêndices .....   | 92 |

## **Apresentação**

O trabalho está organizado em sete unidades. A primeira unidade é a análise situacional, parte fundamental para formular as diretrizes do TCC. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas. A quarta seção compreende a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. A quinta e sexta parte trata-se do relatório da intervenção para os gestores e comunidade, respectivamente. Na sétima e última parte consta a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando, estão os anexos utilizados durante o trabalho.

## **1      Análise Situacional**

### **1.1    Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Fazendo um raciocínio profundo sobre as dificuldades de minha UBS começaria falando sobre o problema da organização. Em primeiro lugar não temos ainda delimitado a área de abrangência, não temos o cadastro para o controle dos doentes por patologias, assim como os diferentes grupos de risco, fator importante para atuação de uma boa atenção primária à saúde, que inclui controle e prevenção das doenças.

Não temos estruturadas visitas domiciliares por dificuldades com o transporte, situação desfavorável para aqueles usuários que não conseguem chegar até a unidade por diversas limitações de saúde, e sabemos que são aqueles que às vezes precisam mais de atendimento médico, já que o posto fica no centro da cidade e fazemos atendimento para todo Tavares, minha área específica de trabalho é o interior.

Além disso, não temos um contato ao menos mensal da equipe de saúde, o que poderia garantir avançar na organização.

Ainda não tenho um consultório ótimo para oferecer um adequado atendimento, quando falo disto, estou falando da falta de uma maca de exames, estou falando da falta do aparelho de otorrinolaringologista, da falta de esfigmomanômetro de crianças, de balanças de bebê e negatoscópio entre outros. Além disso, até o dia de hoje estou fazendo minhas consultas no local emprestado pela dentista.

Não possuímos áreas adequadas de esterilização, assim não consigo fazer o mínimo procedimento médico como por exemplo a lavagem de ouvido, esses pequenos detalhes fazem a diferença de um atendimento adequado ou não.

Tendo em conta que o atendimento odontológico faz parte de nossa equipe poderíamos avaliá-la como deficiente, pois temos uma só odontóloga que trabalha quatro horas ao dia, que não satisfaz às necessidades da população de mais de cinco mil pessoas, sendo a saúde bucal imprescindível para ter uma boa saúde geral. Também não fazemos atividades de prevenção das cáries das crianças nas escolas.

Acredito que a situação é mais difícil para mim pela resistência de minha enfermeira a qual é a chefe da UBS, e quem acredita que é impossível implantar em

Tavares a estratégia de saúde familiar, o que fica longe de meus desejos já que acho que temos todas as ferramentas necessárias para fazer essa tarefa, com toda a equipe completa, só se precisa de vontade de fazer. Em nossa UBS contamos com um só computador com serviço de internet com acesso aos trabalhadores que precisarem. Enquanto ao abastecimento de materiais e insumos de odontologia não apresentamos dificuldades já que se faz de forma adequada em dependência das necessidades da unidade.

Considero importante dar solução ao desabastecimento de medicamentos em nossa unidade e é importante dizer que muitas urgências podem ser resolvidas em nossas unidades; se contarmos com medicação e instrumentos necessários poderíamos assim diminuir o encaminhamento de usuários aos hospitais e pronto-socorro, com um melhor atendimento a estes.

Em nosso município não temos especialidades secundárias, entretanto o acesso à remoção de usuários na situação de urgências ou emergências é satisfatório, assim como o atendimento efetivo de urgência para aqueles usuários que precisarem ser avaliados por outros especialistas.

Nesse município temos estratégia contemplada para isso, de maneira que os usuários não tenham que ficar longo tempo esperando uma vaga para ser atendido.

Os usuários têm acesso ao atendimento em pronto-socorro no próprio município, muitos deles queixam-se que não recebem um atendimento adequado.

São muitas as necessidades e limitações que enfrentamos em nossa unidade por razões de falta de medicamentos. Estamos com esperança que todos esses problemas sejam resolvidos pela chegada do ônibus que funcionará como posto de saúde móvel, além dos problemas de organização os quais tentamos resolver e foram notificados aos gestores de saúde de nossa cidade.

Acredito que nesses momentos, existe uma diminuição de procura de usuários ao pronto-socorro e maior nas UBS. Em nossa unidade a aceitação desse modelo de atenção pela população ocorreu desde o princípio. Acho que uma vez resolvidas as limitações faladas conseguiremos os objetivos.

Meu objetivo principal é ofertar humanização da atenção com atendimento qualificado, a redução do período de internação e diminuição da demanda por atendimentos hospitalares.

Cadastrar 100% da população de minha área de trabalho, criando estratégias de trabalho encaminhadas no sentido de aumentar os conhecimentos sobre saúde da população e dessa maneira diminuir as doenças de transmissão sexuais, fazer um melhor controle das doenças crônicas não transmissíveis, problema de saúde em Tavares, dentre outras coisas.

Com isso, tentar estruturar de maneira regular e planejada a atenção domiciliar pela equipe básica de saúde com o objetivo de conhecer os usuários em seu entorno, para fazer as atividades de intervenção e trazer educação de saúde e higiene a cada pessoa, além de que conseguiríamos ter maior impacto social do projeto e um atendimento mais integral ao usuário.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Tavares possui uma população geral de 5 634 habitantes, delimitada em 2941 no interior e 2693 na cidade, segundo o caderno de ações programáticas a estimativa de usuários para esta população é; mulheres em idade fértil de (10-49 anos) 910; mulheres entre (25 e 54) 807; mulheres entre 50 e 69 anos 302; menores de 1 ano 35; menores de 5 anos 70; pessoas de 5 a 14 anos 434; pessoas de 15-59 anos 1920; pessoas entre 20 a 59 anos 1680; pessoas com 60 anos o mais 259 cadastrados deles femininas 107 e masculinos 152; tendo só uma equipe básica de saúde que trabalha com a população do interior, apresentando cobertura para a atenção básica de 52,16%.

Atualmente só temos uma equipe de saúde da família organizada com uma técnica em enfermagem, uma enfermeira, uma equipe de saúde bucal incompleta, uma enfermeira que cuida das vacinas, e uma médica. Além disso temos 8 agentes comunitários de saúde e não temos Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

O município de Tavares possui somente uma estratégia de saúde da família, não existe Centro de Especialidades Odontológicas (CEOS) nesse município também não existe laboratório de prótese dentária.

Trabalhamos para colocar em prática o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), que tem como objetivo promover a melhoria da atenção à saúde. O programa funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federais, em conjunto com as equipes de saúde para oferecer serviços que assegurem maior acesso de qualidades à população e com isso melhorar o nível de satisfação das pessoas e minimizar muitas das dificuldades em nossa cidade. Por exemplo existem dificuldades para a realização dos exames de urgência, já que nesses casos o usuário deve esperar pelo menos 48 horas para conseguir se fazer um exame urgente.

O problema da marcação de exames de rotina é outro fator complicado, pois já fiz combinação com a secretaria de saúde, para deixar sempre uma vaga ao dia, para caso de precisarmos de um exame de rotina de urgência, pensando sempre nas possíveis epidemias, ainda que não tenhamos nenhuma em nossa cidade no momento, no Brasil existem, e as pessoas viajam muito e por isso estamos sempre em alerta.

A demora para a realização de exames de alto custo é outro dos problemas que existem em minha unidade de saúde. Para melhorar esta situação tão difícil tenho a estratégia de fazer um relatório bem detalhado da história da saúde dos usuários, colocando urgente nas requisições.

Tento fazer quantos diagnósticos clínicos sejam possíveis e deixar a requisição de exames só para aqueles que precisarem e para o acompanhamento das doenças crônicas não transmissíveis.

Estamos delimitando nossa área de abrangência, estamos trabalhando no cadastro da população assim como para o controle dos usuários acometidos por patologias, não conhecemos os diferentes grupos de risco, fator importante para atuação adequada em atenção primária à saúde, incluindo controle e prevenção das doenças.

Não temos estruturadas visitas domiciliares por dificuldades com o transporte, mas trabalhamos nisto, situação desfavorável para aqueles usuários que não conseguem chegar até a unidade por diversas limitações de saúde.

Nossa UBS é rural, está localizada na cidade de Tavares, e não tem estrutura para uma UBS, apenas é um posto de saúde tradicional adaptado.

A maior deficiência que apresentamos é que não temos ônibus que funcione como posto de saúde móvel, situação que dificulta completamente nosso trabalho já que nem todos os usuários verdadeiramente doentes podem vir à unidade nem o pessoal de saúde pode fazer visitas domiciliares, isso cria um impacto negativo em nosso trabalho por que se a UBS está na cidade, e minha área de abrangência é rural, fica bem claro que é impossível ter um alto nível de satisfação da população.

Além disto temos insuficiência de equipamentos e instrumentos necessários para o bom desempenho da atenção médica na APS, assim como da correta manutenção e reposição desses equipamentos, materiais de insumos e do mobiliário.

É obvio que existem inúmeras deficiências e limitações para garantir um ótimo atendimento a nossa população. Em nossa UBS não contamos com equipamentos suficientes, como balanças de adultos e crianças, temos uma só mesa de exame clínico para dois médicos, não existe negatoscópio, cabo de bisturi, nem materiais de suturas, contamos com um só computador com serviço da internet, para os trabalhadores que precisarem.

Há falta de medicamentos em nossa unidade, nosso município não conta com especialidades secundárias. Mas em nossa UBS, a equipe tem acesso à remoção de usuários em situação de urgências ou emergências de modo satisfatório. Os usuários têm acesso ao atendimento em pronto-socorro no próprio município.

Já identificados os nossos problemas de saúde estamos desenhando objetivos de trabalho para intervir nessas questões para chegar a uma solução. Para isso vou estamos promovendo um trabalho em conjunto com os gestores de saúde de minha cidade, com a equipe de trabalho para que todos trabalhem com a mesma ideia e a mesma orientação, sempre em sentido da melhoria da atenção à população e qualificação da prática clínica. Assim poderemos planejar, organizar e avaliar nosso serviço.

Esse método de estudo da especialização, com certeza ajudou muito para ter uma visão mais ampla do que temos e do que está faltando. Assim começamos a dar pequenos passos na organização mas ainda é preciso de alguns protocolos de trabalho.

Estamos trabalhando com o objetivo de envolver a população em nossas ações de saúde comunitária e identificar líderes comunitários, para os quais será

dado treinamento, toda a equipe participa em atividades que promovam a identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.

A população está sendo cadastrada 100%; começamos a ter reuniões a cada 15 dias com o objetivo de gerenciar, controlar e verificar as tarefas marcantes; combinamos com os gestores de saúde para que forneçam medicamentos quando eu sou deslocada para trabalhar na área rural; conseguimos engajar cada membro da equipe e também já estamos trabalhando há uma semana no consultório médico novo, mais confortável e com os recursos necessários para garantir um bom atendimento médico.

Desse modo o maior problema que minha unidade enfrenta é a ausência da unidade móvel de saúde pois meus usuários são do interior e a UBS está na cidade, é fácil entender o impacto negativo destas limitações em uma área de abrangência de 2941 pessoas morando no interior, com situações de saúde diferentes. Imagine toda esta população sendo atendida em uma unidade sem estrutura de UBS, sem insumos médicos, onde os membros da equipe de saúde atrapalham o trabalho dos outros, por ser tão pequeno o espaço além que até pouco tempo eu não tinha consultório médico, que já foi feito e terminado estando agora em funcionamento.

Criamos um espaço para falar todas as semanas com os gestores de saúde da cidade após terminada a reunião da equipe falamos sobre as dificuldades que foram resolvidas, pois só assim conseguimos ser escutados e ajudados.

Embora que nossa unidade não tenha uma estrutura de UBS toda nossa equipe oferece atendimento adequado tentando sempre garantir uma adequada atenção e um bom acolhimento aos usuários programados, como aqueles com demanda espontânea.

Sempre temos vagas e vontade de oferecer consulta para o atendimento de situações imprevistas que surgem sem agendamento prévio, sobretudo aquelas pessoas idosas que moram no interior, ou com doenças descompensadas, entre outros, envolvendo toda a equipe de trabalho ou seja profissionais de enfermagem, médica, odontóloga, etc.

Diante de situações de emergências e demandas prioritárias temos estratégias, naqueles casos que o médico de plantão esteja faltando, eu faço indicações médicas e encaminho o usuário ao hospital para tratamento, nas circunstâncias em que o hospital tem médico de plantão, então eu ligo para eles,



ofereço minhas recomendações médicas e o possível diagnóstico clínico, respeitando a ética médica, peço uma ambulância e encaminho o usuário ao hospital. Na verdade não temos uma estrutura de UBS adequada, mas tentamos acolher aos doentes de maneira que as deficiências estruturais sejam minimizadas. Em nossa unidade de saúde não se faz atendimento de puericultura já que os mesmos são feitos por uma médica pediatra contratada somente para essas funções.

Atendemos a demanda para crianças com problemas de saúde agudos e não existe excesso de demanda desses atendimentos.

Em nosso município infelizmente não temos controle, nem registro específico de atividade programática, manuais e/ ou protocolos de saúde da criança, das 32 crianças cadastradas em nosso município, 100% tinham suas consultas em dia, não temos atrasos de consulta dessas, 100% receberam consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, esses dados foram obtidos das fichas da médica pediatra.

Além disto podemos mostrar outros indicadores de qualidade colhido do caderno de ações programáticas tais como: Triagem auditiva só foi realizada em 18 crianças um total de 56%, 16 crianças foram monitorados na última consulta um total de 50%, sobre o monitoramento de desenvolvimento na última consulta tivemos 16 crianças um total de 50%, as 32 crianças menores de um ano tem vacinação atualizada, respeito à avaliação de saúde bucal, orientação para o aleitamento materno exclusivo, não encontramos nenhum dado, nem registro, os quais são tão simples de cumprir, assumo que estão em 100%, mas são o resultado de estimativas.

Somos conscientes que esses dados ficam longe de minha realidade, também trabalhamos forte na organização da UBS com o alvo de ter dados verdadeiros que expressem minha realidade, embora que não fazemos atendimentos Pré- natais já criamos registro do 100% das crianças menores de 4 anos, assim como envolvermos ativamente no acompanhamento dessas crianças, e garantir educação de saúde para as mães de toda a equipe desde as ACS até a médica.

Pré-natal e Puerpério:

Na UBS não realizamos atenção ao pré-natal e puerpério já que essas consultas encontram se centralizadas na cidade onde são feitas por um médico

clínico geral que se dedica só a isso por decisão da gestão mas é nossa responsabilidade de conhecer tudo o que está relacionado ao acompanhamento das gestantes e as puérperas, ademais precisamos atuar na educação de saúde a todas elas e no que se refere ao aleitamento materno, higiene da gestante, importância da vacinação, alimentação saudável, importância das consultas, dos exames indicados, riscos de tabagismo, álcool e drogas, saúde bucal entre outras.

Foram 32 partos registrados nos últimos 12 meses para um 74% segundo o indicador de cobertura, deles 100% das grávidas cadastradas tiveram pré-natal iniciado no primeiro trimestre, as consultas estão em dia de acordo com calendário do Ministério de saúde, todas têm solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados, todas estão vacinadas e todas tem prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo. As puérperas têm sua consulta puerperal registrada, todas receberam orientações sobre cuidados básicos de recém-nascido, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar, todas tiveram as mamas examinadas, o abdômen e realizaram exame ginecológico, mas nem todas tiveram avaliado seu estado psíquico e nem todas apresentaram intercorrências. Os indicadores de qualidade da atenção estão adequados, sendo o indicador de saúde bucal o único deficiente em 0%, buscamos acompanhar as gestantes e puérperas mesmo que não se realizem as consultas na UBS.

#### Câncer de colo de útero e mamas

Outro indicador importante a avaliar é a prevenção do câncer de colo de útero e mamas, não temos um controle adequado das mulheres, de um total de 711 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área, somente são acompanhadas em minha UBS 216, correspondendo a um total de 30% das mulheres acompanhadas. É óbvio que existe falta de controle, assim logicamente os demais indicadores também estão ruim; por exemplo só 85 usuárias têm exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia correspondendo um total de 39%, 99 exame citopatológico para câncer de colo uterino com mais de 6 meses de atraso para 46%, 28 exame citopatológico alterado para 13%, 184 usuárias foram orientadas sobre DSTs para 87%, 80 % exame com mostra satisfatória.

Nesse momento, nossas projeções de trabalho nos dois programas são envolver outras pessoas além da enfermeira e da médica no planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção de câncer do colo uterino, como agentes comunitários e líderes sociais, que exista na UBS profissionais que se dediquem á

avaliação e monitoramento do programa de prevenção de câncer, ter controle das mulheres com avaliação de risco para câncer, continuar trabalhando como até agora, sempre em função do bem-estar dos usuários.

- Ainda realizar a consulta e a coleta do exame citopatológico, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária, realizar consulta e o exame clínico das mamas, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária, Solicitar mamografia, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária, solicitar exame complementar à mamografia, como ultrassonografia, quando o laudo assim o indicar, examinar e avaliar usuárias com sinais e sintomas relacionados aos cânceres do colo do útero e da mama, bem como solicitar os exames adicionais, avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, e de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas, realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento dos cânceres de mama e do colo do útero, prescrever tratamento para outras doenças detectadas, como Doença Sexualmente Transmissível (DST), na oportunidade do rastreamento, realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária, avaliar periodicamente, e sempre que ocorrer alguma intercorrência, as usuárias acompanhadas com AD( Adenoma Ductal) por ser uma lesão esclerosante complexa, e, se necessário, realizar o encaminhamento para unidades de internação ou contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe, enfim trabalhar segundo os protocolos de trabalho dessas doenças.

De maneira similar se compor outros indicadores como a hipertensão e a Diabetes Mellitus, as quais analisarei (DM) no mesmo relatório já que os dois programas são levados da mesma maneira em minha UBS.

#### Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus:

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são juntos com a hipercolesterolêmica as causas mais frequentes de consulta na UBS, todas doenças onde há carência de informação de educação de saúde sobre os regimes alimentação junto aos maus hábitos de vida, fator fundamental que influencia negativamente no controle delas.

Não temos usuários hipertensos que estão cadastrados e acompanhados pela UBS, o que é igual a 0,0 % Em relação á DM temos a mesma situação. Como

pode-se ver apesar da importância epidemiológica dessas doenças no mundo e no Brasil, ainda estamos longe de ter um bom controle das mesmas, mesmo assim esse é um dos programas melhores executado na UBS mas ainda temos muito trabalho pela frente, a equipe está trabalhando unida nesse programa com bons resultados.

A equipe realiza ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e de DM também ações para o controle de peso, estimula a prática regular de atividade física, ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo, começamos por iniciativa própria a fazer “caminhada pela vida”, cada semana às 17h saindo da UBS, com um tempo mínimo de duração das caminhadas de 1 hora ao dia.

Aproveitamos esse espaço para aferir pressão arterial (PA) peso, e dar orientações de saúde diversas aos usuários, além temos ativo um projeto de luta contra o tabagismo e o álcool.

Não existe protocolo de atendimento na UBS para usuários portadores de HAS e de DM, nem arquivo específico para os registros dos atendimentos de adultos com HAS e DM.

Não existe o programa HIPERDIA do Ministério de Saúde, na UBS e nenhum outro programa implantado, embora frente a essas deficiências nossa equipe esteja trabalhando para procurar os protocolos de atendimentos para usuários portadores de HAS e DM para a UBS e trabalhar conforme estes, atualizar o restante dos profissionais da UBS sobre classificação para estatísticas de risco cardiovascular aos pacientes portadores de HAS e DM, fazer ficha espelho de vacinas aos usuários, criando arquivos específicos para os registros dos atendimentos de adultos com HAS e DM; envolver a população em atividades de prevenção e promoção de saúde. em minha cidade não temos registro de nenhuma outra doença tais como: Psiquiátricas, cardiovasculares, dermatológicas, não entanto já começamos a cadastrar ao 100% da população e criar registros de todas as doenças, estamos procurando os protocolos de trabalho para no momento de terminar o cadastro começar o acompanhamento adequado delas.

Saúde do Idoso.

Outro aspecto importante no relatório é aquele relacionado com a saúde das pessoas idosas na UBS, temos uma estimativa de 269 idosos. Não temos acompanhamento, nem cadastro de nenhuma pessoa de 60 anos ou mais residentes em nossa área de abrangência para um total de 0% de cobertura.

É obvio que temos ainda muito trabalho de controle pela frente pois sem dúvida com um melhor controle conseguiríamos uma melhor expectativa de vida nessa faixa etária.

Os idosos não têm caderneta de saúde, são atendidos na UBS como demanda espontânea, não têm orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, nem orientação para atividade física.

Igual alarmante é o indicador de avaliação multidimensional aos idosos, em 0%.

Além disto, 69 usuários acima de 60 anos têm HAS o que representa um total de 25,6 % do total das pessoas desse grupo etário e 61 usuários com DM um total de 22,6 %; o que deixa claro a prevalência da HAS na população, os idosos de meu posto de saúde não tem: avaliação de risco para morbimortalidade, nem investigação de indicadores de fragilização na velhice, não têm orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, do mesmo modo para orientação de atividade física regular.

É obvio que os indicadores de qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa estão deficientes, devemos trabalhar nesse sentido para melhorar os indicadores em favor das pessoas idosas.

É constante a demanda de idosos para atendimento de problemas agudos de saúde, embora segundo as fichas de atendimento o acompanhamento deles mostra a falta de controle complementando que estamos trabalhando com estimativas, longe de nossa realidade, já que nossa realidade é o grande número de pessoas físicas com demanda espontânea diariamente que ainda não estão cadastradas.

Existe estratégia de oferta de atendimento para idosos com problemas de saúde agudos, mas não existe protocolo de atendimento para idosos na UBS.

No cuidado com os idosos na UBS são desenvolvidas ações como imunizações, promoção de atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal, saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos diagnóstico e tratamento de alcoolismo, de obesidade, sedentarismo e tabagismo.

Os profissionais de saúde não utilizam protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde, o fazem a critério clínico. Não existe arquivo específico para o registro dos atendimentos.

Na UBS não existe caderneta da pessoa idosa. Existe estatuto do idoso na UBS mas não existe nenhum programa de atenção ao idoso implantado.

Realiza-se atividades com grupos de idosos e existem atividades físicas programadas mas não fazemos atendimento domiciliar aos idosos por deficiência de transporte. Na UBS não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação das ações. As estratégias da equipe de trabalho para melhorar o atendimento das pessoas idosas são: procurar o protocolo de atenção aos idosos e assim poder garantir um melhor atendimento a eles, existência de arquivo específico para os registros de atendimento dos idosos, avaliação por parte dos profissionais da UBS da capacidade funcional global dos idosos por ocasião do exame clínico que existe na UBS, mais não se faz, formar grupos de idosos e realizar atividades com eles, que existam na UBS profissionais que se dediquem a avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos, trabalhar mais para garantir a 100% dos usuários idosos a avaliação multidimensional, com avaliação de risco para morbimortalidade e com investigação de indicadores de fragilização na velhice. Trabalhar mais com a caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, já que é um instrumento valioso que auxiliará na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população e para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, onde terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde.

#### Saúde bucal:

O indicador de saúde bucal fica deficiente em todas as faixas etárias, está em 0% em todos os grupos priorizados.

O assunto da atenção odontológica é difícil já que temos uma dentista que trabalha 20 horas semanais para quase 6 mil habitantes, atendendo só 5 usuários em cada turno de trabalho, as pessoas têm que chegar as 3 horas da manhã para conseguir pegar uma ficha o que se deduz que aquelas pessoas com faixas etárias mais sensíveis como grávidas, crianças e idosos tenham o indicador de saúde deficiente.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Fazendo uma análise comparativa na UBS desde o início do nosso trabalho até agora podemos dizer que evoluímos positivamente, começando pelos conhecimentos mais profundos e abrangentes que agora temos sobre a estrutura da UBS, funcionamento e documentação adquiridos através da especialização, constatando também as melhoras da organização e da estrutura da UBS. Assim foi muito importante obter esses conhecimentos, por que baseada neles nossa equipe começou a desenhar linhas de trabalho e estratégias que levaram á mudanças positivas no atendimento médico, assim como na estrutura da UBS, e com certeza maior satisfação da população, embora a situação de odontologia não tenha melhorado em nada. Para exemplificar essas mudanças destaco:

Temos nossa sala de reunião., conhecemos nossas dificuldades e trabalhamos nelas, toda a equipe está trabalhando mais profundamente na promoção de saúde, começamos a trabalhar com prontuários, estamos executando nosso projeto de atividades físicas, começamos a identificar os diferentes riscos de saúde e trabalhar em neles, existem linhas de trabalho e compromissos públicos projetados, temos consultório médico adequado para os atendimentos aos usuários, já temos a população delimitada, já temos registros das diferentes doenças, estamos cadastrando ao 100% da população, temos parte dos protocolos de trabalho, conhecemos a morbimortalidade da comunidade, temos sala de acolhimentos dos usuários e fazemos triagem dos mesmos, começamos fazer visitas domiciliar, fazemos reuniões da equipe periódica

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O Ministério da Saúde, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto em Defesa da Vida que constitui um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. Foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas têm especial relevância com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa. São elas: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica.

Em relação à promoção da saúde da população idosa as implementações de ações locais deverão ser norteadas pelas estratégias de implementação, contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006<sup>4</sup>, tendo como prioridades as seguintes ações específicas:

a) Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, b) Alimentação saudável; c) Prática corporal/atividade física; d) Prevenção e controle do tabagismo; e) Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; f) Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; g) Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; h) Promoção do desenvolvimento sustentável.

Embora que a saúde das pessoa idosa e o envelhecimento são preocupações relevantes do Ministério da Saúde no Brasil (MS), a atenção aos idosos tem sérios problemas de maneira geral em nosso município, não vou a detalhar as diferentes ações proposta pelo o MS já que são desenvolvidas.

Tavares tem uma população total de 5351 habitantes. No interior, área de abrangência de minha UBS são 2941 pessoas, destas, 269 são idosos, dados que conhecemos agora após do cadastro da população e delimitação dela, no momento da escolha da ação programática para a intervenção não tínhamos conhecimento.

Não tínhamos nenhum registro dos idosos, nem estrutura de acolhimento, nem consultas programadas, não se oferecia educação de saúde como prática de



atividade física, alimentação saudável, não conhecíamos quantos desses idosos estavam doentes, nem que tipo de doenças tinham associadas, segundo ( MS, 2006, p. 773)<sup>3</sup> quem acredita indispensável esse fato para conseguir melhor qualidade de vida na velhice. Não sabíamos quantos idosos estavam acamados, nem com problemas de locomoção também nenhum deles foi visitado em seu domicílio como preconiza o MS (MS, 2006, p.124)<sup>3</sup> não tínhamos realizados nem um exame multidimensional como sugere o MS (MS, 2006, p 48)<sup>3</sup>. Enfim minha UBS não cumpria com nenhuma das proposta do Ministério da saúde para atenção das pessoas idosas, além disto nunca fez, nem tinha nenhum trabalho feito em relação aos idosos, além de que essa ação programática tinha todos os indicadores quase em zero.

Aproveitando a importância que tem para no Brasil a atenção de saúde dos idosos escolhemos essa ação programática para minha intervenção já que como profissional, sinto uma profunda preocupação pelo atendimento em idades extremas da vida, sendo eles os mais frágeis e vulneráveis, por isso aproveitamos este projeto de intervenção para identificar , procurar e solucionar problemas existentes em relação aos usuários idosos, desenvolvendo estratégias de trabalho para melhorar o atendimento destes.

Assim como garantir uma atenção à saúde adequada e digna para aquelas pessoas que já trabalharam muito, que em sua maioria estão doentes, que sofrem abandono familiar, que sentem-se isolados sem força para continuar, que sentem-se como carga para seus familiares, que já deram tudo para a sociedade e é agora nosso momento de proteger e ajudá-los, e responder assim como sociedade agradecida por seus esforços.

Atualmente só temos em Tavares uma equipe de saúde da família organizado com uma técnica em enfermagem, uma enfermeira, uma equipe de saúde bucal incompleto, uma enfermeira de vacina, e uma médica, além disso temos 8 agentes comunitários de saúde e não temos núcleo de apoio a saúde da família.

O município de Tavares somente possui uma estratégia de saúde da família com cobertura de 42,04%, não existe centro de Especialidade Odontológica, também não existe laboratório de prótese dentaria.

Não temos unidade de saúde com uma adequada estrutura sanitária, trabalhamos em uma unidade tradicional adaptada, onde apenas conseguimos

garantir atendimento médico, neste momento ela está sendo ampliada o que melhoraria nosso serviço.

Meu município nunca teve Estratégia de Saúde da Família, por isso não tinham implementado nenhuma ação programática, apesar disto programas como vacinação, atenção à criança, atenção á mulher são feitos de forma satisfatória.

Com a intervenção a equipe espera garantir atenção integral e adequada s pessoa idosa, implementar serviços de atenção domiciliar ,promover o envelhecimento ativo e saudável, estimular a participação e fortalecimento do controle social, educar permanentemente minha equipe de trabalho na área de saúde da pessoa idosa, divulgar informação sobre a Política Nacional de Saúde dos Idosos, acolhimento preferencial em nossa unidade, fazer que os idosos e as idosas sintam-se pessoas queridas, importantes, privilegiadas em nossa unidade de saúde, enfim garantir uma melhor qualidade de vida.

## 2.2 Objetivos e metas

### 2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários idosos na UBS de Tavares / RS.(ela não tem nome)

### 2.2.2 Objetivos específicos e metas

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

**Meta 1:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde para 100% da pessoa idosa da área da UBS.

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

**Meta 2.1.** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida a 100 % das pessoas idosas da área da UBS.

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100 % das pessoas idosas.

**Meta 2.3.** Rastrear 100% dos pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

**Meta 2.4.** Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

**Meta 2.5.** Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para 100% dos idosos com diabetes.

**Meta 2.6.** Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

**Meta 2.7.** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100 % das pessoas idosas.

**Meta 2.8.** Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

**Meta 2.9.** Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

**Meta 2.10.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico para 100% das pessoas idosas.

**Meta 2.11.** Realizar a primeira consulta odontológica para 100 % das pessoas idosas.

**Meta 2.12.** Avaliar alterações de mucosa bucal para 100% das pessoas idosas cadastradas.

**Meta 2.13.** Avaliar necessidade de prótese dentária para 100% das pessoas idosas cadastradas.

**Objetivo 3** Melhorar a adesão dos Idosos ao Programa de Saúde do Idoso

**Meta 3.1** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

**Objetivo 4** Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1.** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

**Meta 4.2.** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para 100 % das pessoas idosas cadastradas.

**Objetivo 5.** Mapear o risco das pessoas idosas.

**Meta 5.1.** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

**Meta 5.2.** Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice para 100% das pessoas idosas.

**Meta 5.3.** Avaliar a rede social para 100 % das pessoas idosas.

**Objetivo 6.** Promover a saúde das pessoas idosas.

**Meta 6.1.** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

**Meta 6.2.** Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% pessoas idosas.

**Meta 6.3.** Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastrados.

## **2.3 Metodologia**

A presente intervenção será desenvolvida no período de 12 semanas, de setembro a dezembro de 2015. A população alvo é 269 usuários idosos, pertencentes a área adstrita da UBS de Tavares /RS

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Para realizar a intervenção no programa de atenção as pessoas idosas utilizaremos os protocolos do Ministério de Saúde sobre as pessoas idosas 2006. Utilizaremos as fichas espelhos dos pacientes que devem estar previamente impressas, também utilizaremos a caderneta pessoal dos usuários e os prontuários deles além dos registros do SUS, todos estes registros nos permitiram coletar os dados nas consultas ou no domicílio para cada usuário que logo serão preenchidos na planilha de coleta de dados ao final de cada mês, para trabalhar com os objetivos anteriormente descritos e alcançar nossas metas, nossa equipe desenhando um conjunto de ações que darão saída finalmente a meus objetivos.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa Saúde do Idoso.

META.

Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%

Eixo: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO: Monitorar a cobertura das pessoas idosas da área mensalmente.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

1-Revisar e avaliar todos os registros existentes na unidade sobre os pacientes cadastrados no programa de atenção as pessoas idosas UBS mensalmente.

2- Revisão também dos registros das agentes comunitárias de saúde para ver se coincidem com os prontuários clínicos.

3-Designar os responsáveis dessas revisões que será a enfermeira o que fará todos os finais de semana informando um resumo semanal e mensal com o total de todas as avaliações feitas e assim ter a quantidade exata destes pacientes

4-Discutir nas reuniões de equipe como vai se realizando o monitoramento ou que podemos fazer para melhorar.

EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

#### AÇÃO:

1. Acolher as pessoas idosas.
2. Cadastrar todas as pessoas idosas da área da UBS.
- 1.3. Atualizar as informações do SIAB/e-SUS, essas ações serão desenvolvidas pelos ACS.

#### DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- 1- Preencher ficha de acompanhamento do prontuário a todos os usuários idosos cadastrados nas consultas e visitas domiciliares.
  - 2- Criar a ficha espelho para todos os pacientes cadastrados e preencher adequadamente.
  - 3- Porta aberta para todos os usuários idosos.
  - 4- Estruturar os atendimentos dos idosos de maneira que consigamos atender os 88 usuários planejados para cada mês.
  - 5- Capacitar o pessoal da equipe para um melhor acolhimento aos usuários.
- Essas ações serão desenvolvidas pela enfermeira e a médica.

#### EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO.

#### AÇÃO:

- 1.1. Esclarecer a comunidade sobre a importância das pessoas idosas realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS.
- 1.2. Informar a comunidade sobre a existência do Programa Saúde do Idoso na UBS.

Será responsáveis toda a equipe.

#### DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- 1- colocar cartazes e material que oriente sobre a existência e importância do programa na unidade e nas micro áreas atendidas, difundir a informação através da rádio de Tavares, informar pessoalmente nas consultas, na sala de espera, as ACS que se encarregam da informação na área. Responsável médica, enfermeira, técnicas de enfermagem e as ACS.
- 2- Divulgar as ações que vão ser feitas e a importância das mesmas, Será responsável toda a equipe.
- 3- Criar um sistema de divulgação que evolva toda a comunidade sobre os fundamentos do projeto, incluindo os líderes comunitários captados.

## EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

### AÇÕES:

- 1.1. Capacitar a equipe no acolhimento as pessoas idosas.
- 1.2. Capacitar as ACS na busca das pessoas idosas que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.
- 1.3. Capacitação da equipe da UBS para a Política Nacional de Humanização.

### DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

- 1-Começar a capacitação da equipe desde já e continuar com a capacitação logo que terminem as reuniões da equipe mensalmente sobre o adequado acolhimento dos idosos.
- 2-Capacitar as ACS sobre cadastramento e busca dos idosos na área, sobre todo aqueles que estão totalmente desvinculado de qualquer atendimento médico, serão responsáveis a medica e a enfermeira.
3. - Capacitação previa a intervenção as técnicas de enfermagem e as ACS sobre a medida correta da pressão arterial e a realização de HGT. Responsável a enfermeira.

## OBJETIVO 2 Avaliar a qualidade da atenção da pessoa idosa.

### Meta

- 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 90% das pessoas idosas da área da UBS. (utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

## EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

### AÇÕES:

- 1.1. Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida anual ao 90% as pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

### DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

1. - Deixar implementado após da intervenção estratégia de trabalho que garantem um trabalho sistemático e de controle com o alvo de manter avaliações sistemáticas multidimensional aos idosos anualmente, isto poderíamos consegui-lo mantendo o mesmo ritmo de trabalho da intervenção após da mesma exemplo: agendar próxima consulta dos usuários ao sair da consulta. Revisar mensalmente os

registros dos idosos para constatar dificuldades e tomar medida na hora, responsáveis a médica e a enfermeira.

#### EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS.

##### ACÕES:

1.1. Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida na pessoas idosas (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

1.2. Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida das pessoas idosas.

##### DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

1. - Cada membro da equipe terá sua atribuição, por exemplo: as técnicas de enfermagem realizam medida de pressão arterial e HGT, também peso, altura, medida da circunferência abdominal, a enfermeira calcula o índice de massa corporal, a médica realiza o exame físico e o odontólogo o exame bucal as ACS, líderes comunitários, radio informação, garantiram a existência dos usuários idosos a consulta.

2- Garantir previamente á intervenção todos os recursos necessários para a avaliação multidimensional, no caso que estivera faltando algum negociar com os gestores de saúde envolvidos na intervenção para fornecer os mesmos. Responsáveis toda a equipe.

#### EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO.

##### AÇÕES:

1.1. Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

1.2 Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

##### DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

1. - Orientar a comunidade dentro da unidade de saúde e fora dela e por todos os meios de difusão massiva a importância destas avaliações, e seu caráter preventivo e de controle para muitas doenças destas faixa etária, assim como seu objetivo que é melhorar a saúde dos idosos e promover uma velhice saudável. Responsável toda a equipe.



## EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

### AÇÕES:

1.1. Capacitar os profissionais para o atendimento das pessoas idosas de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

1.2 Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

1.3. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

### Detalhamento das ações

Todos os profissionais da equipe estarão capacitado para o atendimento das pessoas idosas segundo aos protocolos adotados pela UBS, itas capacitações serão feitas nas reuniões da equipe mensalmente previa á intervenção e durante a mesma, responsável a médica.

### Meta

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

### Eixo de monitoramento e avaliação

### Ações

2.1. Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

### Detalhamento das ações.

Cada ACS levará o controle das pessoas idosas cadastradas nossa área, sendo esta ação controlada pela enfermeira.

### Eixo de organização e gestão dos serviços

### Ações

2.1. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas idosas.

2.2. Garantir busca as pessoas idosas que não realizaram exame clínico apropriado.

2.3. Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares.

2.4. Garantir a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

### Detalhamento das ações

Toda a equipe terá definido prévio á intervenção suas atribuições que foram dadas quando escolhemos o foco de intervenção além disto serão lembrada em cada reunião da equipe avaliando sua responsabilidade nas tarefas designadas, serão garantido na hora a referência- contra referência de aqueles usuários com alguma alteração clínica, responsáveis a médica.

#### Eixo de agendamento público

2.1. Orientar a comunidade quanto as doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas.

#### Detalhamento das ações

Mediante palestras comunitárias e diversos meios de difusão faremos consciência á comunidade da importância do conhecimento das doenças mais frequentes nos idosos, desde doenças biológica, psicológica até acidentes domiciliares, responsáveis a médica.

#### Eixo qualificação na pratica clínica.

#### Ação

2.1. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

2.2. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

#### Detalhamento das ações.

Toda a equipe segundo suas atribuições será capacitado enquanto o exame clínico e o registro dos procedimentos, em todas as reuniões da equipe.

#### Meta

2.3 Rastrear ao 100% dos pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica

2.4. Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM)

#### Eixo de monitoramento e avaliação

#### Ações

3.1. Monitorar o número pessoas idosas submetidos a rastreamento para HAS e DM.

#### Detalhamento das ações

Todos os profissionais envolvido no projeto terão capacitação segundo suas atribuições para a toma de pressão arterial sistêmica e HGT, desde a técnica em enfermagem até as ASC e líderes comunitários, ditas capacitações serão feitas pela médica e a enfermeira prévio e durante a intervenção em as reuniões da equipe.

Eixo de organização e gestão dos serviços

Ações

3.1. Melhorar o acolhimento para as pessoas idosas portadores de HAS e DM

3.2. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade.

4.2. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

4.3 Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento das ações.

Estratificaremos o acolhimento de maneira que possamos dar prioridades aos idosos com doenças associadas como HAT e DM, garantindo uma prévia intervenção e durante a mesma todo o material preciso, avaliaremos isoladamente a cada usuário em seu entorno biopsicossocial, com o alvo de definir fatores de riscos incrementados para sofrer de HTA e DM, criando sistema de alerta no prontuário do usuário para que o mesmo seja avaliado mais frequentemente com HGT e tomada de pressão arterial, responsáveis a médica.

Eixo de engajamento público

Ações

3.1. Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

3.2. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM.

4.1. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM nas pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

DETALHAMENTO DAS AÇÕES

Em todos os espaços possível, em todo contato com o usuário, em todas nossas palestras educativas e atividades de promoção de saúde serão orientados os idosos como o resto da população familiares dos idosos ou não sobre o comportamento silencioso e perigoso para a vida destas doenças, assim como lutar contra os fatores de riscos que a desenvolvem, responsáveis a médica.

Eixo de qualificação na prática clínica.

### Ação

3.1. Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

4.1. Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

### Detalhamento das ações

A enfermeira capacitará as ACS e a técnica de enfermagem sobre a tomada correta da pressão arterial e o HGT, em todas as reuniões da equipe prévio e durante a intervenção.

### Meta

2.5. Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

### Eixo de monitoramento e avaliação.

### Ação

5.1. Monitorar a realização de exame físico dos pés apropriado para pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

### Detalhamento das ações

Foram capacitadas a enfermeira, a técnica enfermagem sobre o exame físico correto dos pés diabéticos, registrando na ficha espelho os resultados do exame com um indicador de alarme na situação de alguma alteração que precise reavaliação ou referência brindando atenção às complicações do pé diabético. A neuropatia, com suas diversas apresentações que acometem os membros inferiores dos diabéticos, as lesões da doença arterial obstrutiva periférica, as múltiplas apresentações da infecção do pé diabético, e, principalmente, os cuidados preventivos que possam impedir o estabelecimento ou a evolução dessas complicações do Pé diabético; Neuropatia diabética; Doença vascular periférica até a amputação, responsáveis a médica.

### Eixo de organização e gestão dos serviços

### Ações

5.1. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame físico dos pés das pessoas idosas com diabetes.

5.2. Garantir busca a pessoas idosas com diabetes que não realizaram exame físico dos pés apropriado.

5.3. Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

5.4. Garantir a referência e contra referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

#### Detalhamento das ações

Toda a equipe terá definido prévio à intervenção suas atribuições que foram dadas quando escolhemos o foco de intervenção além disto serão lembrada em cada reunião da equipe avaliando sua responsabilidade nas tarefas designadas, serão garantido na hora a referência- contra referência daqueles usuários com alguma alteração clínica, responsáveis a médica.

Eixo de engajamento público.

#### Ação

5.1. Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

#### Detalhamento das ações

Mediante palestras comunitárias e diversos meios de difusão faremos consciência á comunidade e aos idosos da importância do conhecimento das complicações mais frequentes da diabetes como doença e como fator de risco de doenças cardiovasculares, assim como o exame físico dos pés dos diabéticos e as possível complicações vasculares da falta de sensibilidade dos pés, que poderiam levar ao usuário até a amputação de um membro vinculado aos cuidados gerais (controle da glicemia, hipertensão, obesidade, dislipidemia, tabagismo, atividade física, alimentação) que são decisivos para melhorar a qualidade de vida e aumentar a sua sobrevida, responsáveis a enfermeira e a médica.

Eixo qualificação na prática clínica.

#### Ação

5.1. Capacitar a equipe para a realização de exame físico dos pés apropriado.

5.2. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

#### Detalhamento das ações.

Toda a equipe segundo suas atribuições será capacitado enquanto o exame físico dos pés apropriado e o registro dos procedimentos, em todas as reuniões da equipe; responsável a médica.

#### Eixo de monitoramento e avaliação

6.1. Monitorar o número de pessoas idosas com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

6.2. Monitorar o número de pessoas idosas com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

#### Detalhamento das ações

A equipe levará o registro pela enfermeira de 100% das pessoas idosas cadastradas em nossa área de abrangência, com os exames solicitados e realizados que monitorara a cada mês, informando as ACS sobre alguma deficiências.

#### Eixo de organização e gestão dos serviços

##### Ações

6.1. Garantir a solicitação dos exames complementares

6.2. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

6.3. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

#### Detalhamento das ações

Negociamos com os gestores de saúde a possibilidade de deixar uma vaga de exame ao dia para garantir a realização dos exames dos idosos em certo segundo os protocolos a cada 6 meses, em os 24 dias uteis do mês, um por dia da para fazer exames aos 265 idosos em 6 meses, serão as ACS, gerenciados pela enfermeira quem procuraram em seus domicílios os usuários faltosos, já diagnosticado pelo sistema de alarme criada pela mesma.

#### Eixo de engajamento público .

##### Ações

6.1.Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

6.2. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

#### Detalhamento das ações.

Junto com outros temas de interesse serão orientados em cada espaço de contato aos usuários idosos e o resto da comunidade sobre a importância dos exames no controle das doenças e prevenção das mesmas, ditas ações serão feitas por os líderes comunitários, ASC, técnica enfermagem, enfermeira, médica e meios de difusão massiva.

Eixo de qualificação na prática clínica.

Ação

6.1. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento das ações

Toda a equipe será capacitada segundo os protocolos adotados na UBS, em todas as reuniões da equipe.

Meta

2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100 % das pessoas idosas.

Eixo de monitoramento e avaliação

Ações

7.1. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Detalhamento das ações

Entregar á farmácia popular o registro do 100% das pessoas idosas com suas doenças associadas, previamente negociado com os gestores de saúde, para garantir os medicamentos aos idosos ainda que fosse garantido para 60%, sobre todos aqueles com dificuldades econômicas, já que neste momento nosso município não esta garantindo medicamentos á população por situações econômicas, responsáveis a enfermeira.

Eixo de organização e gestão de serviço

Ações

7.1. Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

7.2. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações

A farmácia de meu município no fica no posto de saúde se não no hospital, não entanto mantemos um vinculo estreito com os gestores de saúde e trabalhador

da farmácia com o alvo de priorizar os medicamentos aos idosos, responsáveis a médica.

Eixo de engajamento público

Ações

7.1. Orientar a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento das ações

Publicamos a carta de direito dos usuários, assim como os diferentes protocolos para ganhar algum medicamento com ajuda do governo federal mediante processos médicos etc.

Eixo qualificação na prática clínica.

Ações

7.1. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

7.2. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento das ações

Fazer discussões de casos clínicos e temas de interesse relacionado com dosagem de medicamentos, cada mês na reunião da equipe, publicar a carta de direitos dos usuários, assim como os diferentes protocolos para ganhar algum medicamento com ajuda do governo federal mediante processos médicos etc., responsáveis enfermeira e a médica.

Metas

2.8. Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

2.9. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Eixo de monitoramento e avaliação.

Ações

8.1. Monitorar o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados.

9.1. Monitorar realização de visita domiciliar para pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.



#### Detalhamento das ações

A médica e a enfermeira levaram registro ativo do 100% das pessoas acamadas e com problemas de locomoção que sumam um total de 8 pessoas na área de abrangência, criando um sistema de alarme para o controle das visitas domiciliar e avaliações, que consiste em colocar em um registro vermelho os problemas mais sensível que temos em nossa unidade, este será um registro de mão o qual será monitorizado todos os meses pela médica e a enfermeira.

#### Eixo de organização dos serviços

##### Ações

8.1. Garantir o registro das pessoas idosas acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

9.1. Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

#### Detalhamento das ações

Num livro vermelho levaremos o registro das pessoas acamadas e com problemas de locomoção, além de seu prontuário clínico, e o registro de pessoas idosas onde serão planejada as visitas domiciliar, responsáveis a enfermeira.

#### Eixo de engajamento público

##### Ações

8.1. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Pessoa Idosa da Unidade de Saúde.

9.1. Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

9.2. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

#### Detalhamento das ações

Em cada contato com a população e a comunidade orientaremos sobre o Programa de Atenção a Pessoa idosa e a disponibilidade de visita domiciliar e critério para solicitar a mesma, responsáveis toda a equipe.

#### Eixo de qualificação na prática clínica.

9.1. Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

9.2. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

#### Detalhamentos das ações

Durante a capacitação dos ACS eles serão providenciados com os recursos necessários para garantir esta atividade.

#### Meta

.2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100 % das pessoas idosas

#### Eixo de monitoramento e avaliação

#### Ações

10.1. Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de pessoas idosas.

11.1. Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

#### Detalhamento das ações.

Durante a intervenção e no momento do exame multidimensional ao idosos faremos avaliação das necessidades de atendimento odontológico dos idosos, assim como o número de idosos com acompanhamento odontológico, registraremos ditos dados na planilha espelho, prontuário clínico e registro dos idosos e passaremos cópias dos mesmos aos gestores de saúde do município.

#### Eixo de organização e gestão de serviço

#### Ações

10.1. Organizar acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde.

10.2. Cadastrar as pessoas idosas na unidade de saúde.

10.3. Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas na unidade de saúde.

10.4. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.

11.1. Organizar acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde.

11.2. Monitorar a utilização de serviço odontológico por pessoas idosas da área de abrangência.

11.3. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.

11.4. Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas.

#### Detalhamento das ações

Serão cadastradas o 100% das pessoas idosas da unidade de saúde, com atendimento clínico prioritário, nestes momentos não temos insumos para atendimentos odontológico em meu município, mas se vamos criar um sistema de registro odontológico só para usuários idosos com necessidades de atendimento, responsáveis, medica e odontólogo.

#### Eixo de engajamento público

##### Ações

10.1. Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de pessoas idosas.

11.1. Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de pessoas idosas e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

11.2. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

11.3. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de pessoas idosas para acompanhamento odontológico.

#### Detalhamento das ações.

Serão incluí-o em todas as atividade de promoção de saúde e em todos os espaços a importância do atendimento odontológico e exames bucais, responsáveis a equipe.

#### Eixo de qualificação da prática clínica

##### Ações

10.1. Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas.

11.1. Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

11.2. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de pessoas idosas para o serviço odontológico.

11.3. Capacitar os ACS para captação de pessoas idosas.

11.4. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para pessoas idosas.

#### Detalhamento das ações

Nossa equipe vai trabalhar com a promoção de saúde, organização, cadastro, registro e acolhimento da pessoas idosas. O serviço odontológico em meu município é insuficiente e fica fora de minha governabilidade o atendimento em consulta odontológica da pessoa idosa.

#### META

12.2. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

#### Eixo de monitoramento e avaliação

##### Ações

12.1. Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com avaliação de alterações de mucosa bucal.

#### Detalhamentos das ações

Temos implementada uma iniciativa que consiste em colocar no livro vermelho todos os maiores problemas de saúde, onde registraremos 100% dos usuários avaliados com alterações da mucosa bucal, com o manejo posterior, já seja encaminhamento para atenção secundária o acompanhamento no posto de saúde.

#### Eixo de organização e gestão dos serviços

##### Ações

12.1. Organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar pessoas idosas da área não avaliados.

12.2. Disponibilizar material informativo relativo ao auto-exame da boca.

#### Detalhamento das ações

Colocar cartazes no posto com informação sobre saúde bucal, procurar ativamente usuários não avaliados.

#### Eixo de engajamento público

##### Ações

12.1. Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do auto-exame da boca.

12.2. Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde durante a consulta.

#### Detalhamento das ações.

Daremos promoção de saúde a população geral sobre a importância de auto-exame da boca e exame feito por os profissionais de saúde, responsáveis a equipe.

Eixo de qualificação na prática clínica.

Ações

12.1.Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa.

12.2.Capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência.

Detalhamento das ações

Incluir nas reuniões da equipe capacitação sobre o tema de saúde bucal e a identificação das lesões pré-malignas e malignas, assim como os protocolos de encaminhamento.

Meta

2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Eixo de monitorização e avaliação

Ações

13.1. Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com necessidade de prótese dentária.

Detalhamento das ações

Levar registros das pessoas idosas com necessidades de próteses dentárias que será revisado pela enfermeira cada mês.

Eixo de organização e gestão dos serviços.

Ações

13.1. Demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses

13.2.Solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde.

Detalhamento das ações

Por enquanto em nosso posto não existe esta possibilidade, mas passaremos aos gestores de saúde do município a necessidades deste atendimento odontológico.

Eixo de engajamento público

Ações

13.1.Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias.

#### Detalhamento das ações

Daremos palestras educativas a população sobre uso e manutenção de próteses dentárias. Responsáveis odontólogo e a médica.

#### Eixo de

13.1. Capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias.

Em todas as reuniões da equipe serão capacitados os ASC, a técnica de enfermagem sobre a importância do uso das próteses dentárias.

Objetivo 3. Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa.

#### METAS.

3.1. Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas

#### Eixo de Monitoramento e avaliação

#### Ações

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento as pessoas idosas adotado pela unidade de saúde.

#### Detalhamento das ações

Na data da consulta serão dada a data da próxima consulta segundo o protocolo de atendimento aos idosos, faremos um registro que será revisado a cada mês pela enfermeira.

#### Eixo de organização e gestão dos serviços

#### Ações

1.1. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

1.2. Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares.

#### Detalhamento das ações

Com frequência semanal a técnica de enfermagem revisará os registros dos usuários idosos para identificar os faltosos, os quais serão procurados por as ACS.

#### Eixo de engajamento público.

#### Ações

1.1. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

1.2. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas idosas (se houver número excessivo de faltosos).

1.3. Esclarecer os as pessoas idosas e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

#### DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

1- Informar a população, nas consultas, na unidade e na comunidade com a ajuda dos líderes comunitários a importância da realização das consultas e a periodicidade com que devem ser feitas. Responsável toda a equipe.

2- Sempre escutar as opiniões da população para a melhoria de nosso trabalho.

Eixo de qualificação na prática clínica

Ações

1.1. Treinar os ACS para a orientação das pessoas idosas quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

1.2. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

#### DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

1. - A médica e a enfermeira treinaram as ACS para a orientação de pessoas idosas em quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta

4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Eixo de monitoramento e avaliação

Ações

Monitorar a qualidade dos registros das pessoas idosas acompanhadas na UBS.

Detalhamento das ações

1- Serão revisados os registros com uma frequência semanal pela enfermeira e se for possível deve fazer-se acompanhamento diário para monitorar qualidade dos registros

EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS.

AÇÕES:

1.1. Manter as informações do SIAB atualizadas.

1.2. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento as pessoas idosas.

1.3. Pactuar com a equipe o registro das informações.

1.4. Definir responsáveis pelo monitoramento dos registros.

1.5. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

#### DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

1- A equipe vai manter as informações do SIAB atualizadas.

2- A enfermeira será responsável pelo controle dos registros e todos estaremos pendentes quanto a atraso a consultas, realização de exames, realização também de estratificação de risco, a avaliação de comprometimento de órgãos alvo e a estado de compensação da doença.

3- A ficha espelho será arquivada na data da próxima consulta o que facilitará sua revisão periódica para verificar qualquer ação que não seja feita em tempo

Eixo de engajamento público.

#### Ações

Orientar a comunidade de pessoas idosas sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

#### DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

1. -Se fará divulgação dos direitos de usuários na unidade e a comunidade com o apoio dos líderes comunitários os quais serão capacitados para elo.

#### EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

#### Ações

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento as pessoas idosas

#### DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Nas reuniões de equipe faremos capacitação e treinamento da equipe no preenchimento de todo o que se precisa nos registros.

#### Meta

2.1. Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

#### Eixo de monitoração e avaliação

#### Ações

2.1. Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa



#### Detalhamento das ações

A técnica em enfermagem fará o monitoramento das Cadernetas de Saúde da pessoa Idosa a cada 15 dias.

Eixo de organização e gestão dos serviços.

#### Ações

2.1. Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

#### Detalhamento das ações

Foi solicitado pela equipe aos gestores de saúde 238 Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa que estão faltando.

Eixo de engajamento público

#### Ações

2.1. Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

#### Detalhamento das ações

Se orientará as pessoas idosas e a comunidade sobre a importância do uso da Caderneta de Saúde da Pessoas Idosa, mediante as palestras educativas, visitas domiciliar e em consulta, toda a equipe será responsável.

Eixo de qualificação na prática clínica

#### Ações

2.1. Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

#### Detalhamento das ações

Em todas as reuniões da equipe serão dadas capacitações para cumprir com esta atividade, a responsável será a enfermeira.

Objetivo 5. Mapear o risco das pessoas idosas

#### Metas

5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade

5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas

Eixo de monitoramento e avaliação

#### Ações

Monitorar o número de pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Monitorar o número de pessoas idosas investigadas para indicadores de fragilização na velhice.

3.1. Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos as pessoas idosas acompanhados na UBS.

3.2. Monitorar todos as pessoas idosas com rede social deficiente.

#### DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

Fazer registro dos idosos com maior risco de morbimortalidade e fragilização na velhice, levar controle das redes sociais que apoiarão o projeto, priorizar a estes usuários nas visitas domiciliar, revisar este registro a cada mês pela técnica de enfermagem e os ACS.

Eixo de organização e gestão do serviço

Ações

Priorizar o atendimento a pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade.

2.1 Priorizar o atendimento de pessoas idosas fragilizadas na velhice.

3.1. Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a pessoas idosas com rede social deficiente.

Detalhamento das ações

. Porta aberta na unidade para as pessoas idosas que são identificadas de alto risco.

. Sempre deixar um espaço na agenda para o atendimento desta demanda.

Priorizar o atendimento dos usuários com redes social deficiente.

Eixo de engajamento público.

Ações.

Orientar os pessoas idosas sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

2.1. Orientar as pessoas idosas fragilizadas e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

3.1. Orientar os pessoas idosas e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

3.2 Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

#### DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

1- Orientar de forma sistemática os usuários idosos sobre as consultas e visitas domiciliares quanto a seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular assim como de controle dos fatores de risco modificáveis se temos em conta que a grande maioria tem desconhecimento acerca disto e os maus hábitos alimentares é um dos principais fatores de risco que tem nossa população, Isto será feito por toda a equipe, além da importância de criar consciência na comunidade sobre o cumprimento das consultas programadas, sensibilizar a comunidade sobre os cuidados dos idosos.

#### EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

##### AÇÕES

Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

2.1. Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

3.1. Capacitar a equipe para avaliar a rede social das pessoas idosas.

##### Detalhamento das ações

#### DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

1. - A equipe será capacitada pela médica nas reuniões sobre como realizar a estratificação de risco cardiovascular segundo escore de Framingham e sua importância assim como estratégias de controle de fatores de risco modificáveis, identificação de indicadores de fragilização na velhice, para isso devemos ter na unidade impressa a estratificação de risco e a equipe fará treinamento com alguns usuários.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas idosas.

##### Meta

6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% das pessoas idosas.

6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

#### Ações

##### Eixo de monitoramento e avaliação

1.1. Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos as pessoas idosas.

1.2. Monitorar o número de pessoas idosas com obesidade / desnutrição.

2.1. Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todas as pessoas idosas.

2.2. Monitorar o número de pessoas idosas que realizam atividade física regular.

3.1. Monitorar as atividades educativas individuais.

#### DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

1- Será monitorado através de revisão dos registros dos idosos atendidos na UBS a orientação periódica de atividades física regular assim como o total dos idosos que faz atividade física segundo suas possibilidades, Será responsável uma técnica de enfermagem.

##### Eixo de organização e gestão dos serviços.

Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

2.1. Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

2.2. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

3.1. Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

#### DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

1- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

2- Temos conversado com a gestora municipal para que a nutricionista possa participar nas atividades as mesmas serão feita na câmara de vereadores todas as quinta-féias as 3 horas.

3- Temos conseguido que um educador físico que participe nas atividades com grupos.

4. - As atividades com grupos serão aumentadas em frequência, faremos palestras, vídeos, etc. Responsáveis toda a equipe.

5- Vai se organizar a agenda por uma técnica de enfermagem para as consultas dos pacientes como o odontólogo e com o tempo requerido para cada paciente para que possam ser feitas orientações individuais. 6. - O odontólogo vai fazer consultas de hipertensos e diabéticos todas as quintas-feiras, mas os outros dias também terão porta aberta para seus atendimentos.

7- Informar ao gestor a possibilidade de compra de medicamentos para abandono do tabagismo.

Eixos de engajamento público

Ações

1.1. Orientar as pessoas idosas, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

2.1. Orientar as pessoas idosas e a comunidade para a realização de atividade física regular.

3.1. Orientar as pessoas idosas e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

#### DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

1-A equipe vai aproveitar os espaços na comunidade, consultas, visitas domiciliares para educar pessoas idosas e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, a prática de atividade física regular e a importância da higiene bucal. A ajuda e participação dos familiares pode ser fundamental para o cumprimento desta meta. Responsáveis serão toda a equipe incluindo o odontólogo, o educador físico e a nutricionista.

2- Serão orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, mas primeiro as pessoas tabagistas devem estar conscientes sobre esse mau hábito e dos danos que provoca na saúde deles.

3. - Mobilizar toda a comunidade para fazer práticas de exercícios físicos com a ajuda do educador.

Eixo de qualificação da prática clínica

### Ações

1.1. Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".

1.2. Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de pessoas idosas hipertensos e/ou diabéticos.

2.1. Capacitar a equipe para orientar as pessoas idosas sobre a realização de atividade física regular.

3.1. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias

#### DETALHAMENTO DAS AÇÕES:

1. - A nutricionista junto à doutora vai capacitar a equipe sobre as práticas de alimentação saudável nas reuniões da equipe.

2- Falamos com a gestora municipal para a participação da psicóloga que trabalha na cidade para a capacitação da equipe quanto a metodologias de educação em saúde. O odontólogo vai capacitar à equipe para avaliação e tratamento bucal de usuários idosos.

### **2.3.2 Indicadores**

META 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 100%.

INDICADOR 1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS

Numerador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número total de pessoas idosas residentes na área da UBS

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100 % das pessoas idosas da área da UBS. (utilizar como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde).

INDICADOR 2.1. Proporção de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

INDICADOR 2.2. Proporção de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

META 2.3. Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

INDICADOR 2.3. Proporção de pessoas idosas rastreadas para Hipertensão Arterial Sistêmica.

Numerador: Número de pessoas idosas com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

META 2.4. Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

INDICADOR 2.4. Proporção de pessoas idosas rastreadas para diabetes.

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas para diabetes mellitus.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

META 2.5. Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para o 100% idosos com diabetes.

INDICADOR 2.5. Proporção de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

META 2.6. Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

INDICADOR 2.6. Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

META 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

INDICADOR 2.7. Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

META 2.8. Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

INDICADOR 2.8. Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas.

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas.

Denominador: Número total de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção.

META 2.9. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

INDICADOR 2.9. Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.



Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

META 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

INDICADOR 2.10. Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

META 2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100 % das pessoas idosas.

INDICADOR 2.11. Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática

Numerador: Número de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

META 2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

INDICADOR 2.12. Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

META 2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

INDICADOR 2.13. Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 3. Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde da Pessoa Idosa.

META 3.1. Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

INDICADOR 3.1. Proporção de pessoas idosas faltosas às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas e buscadas pela UBS.

Denominador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

METAS 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

INDICADOR 4.1. Proporção de pessoas idosas com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

META 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100 % das pessoas idosas cadastradas.

INDICADOR 4.2. Proporção de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa

Objetivo 5. Mapear o risco das pessoas idosas.

META 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade (incluindo o risco cardiovascular quando necessário).

INDICADOR 5.1. Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

META 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

INDICADOR 5.2. Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice atualizada.

Numerador: Número de pessoas idosas investigadas quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

META 5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

INDICADOR 5.3. Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de rede social.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas idosas.

META 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

INDICADOR 6.1. Proporção de pessoas idosas que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

Numerador: Número de pessoas idosas com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

META 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% pessoas idosas.

INDICADOR 6.2. Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas idosas com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

META 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastrados.

INDICADOR 6.3. Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas idosas com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção na saúde das pessoas idosas adotamos o manual técnico do envelhecimento e saúde das pessoas idosas do Ministério da Saúde, 2006. Utilizaremos as fichas espelhos dos usuários que deveram estar impressas, para garantir ditas impressões procuraremos ajuda na população com vontade de ajudar além que falaremos com a gestora municipal para que nos apoie com o fornecimento de folhas para 269 fichas.

Também utilizaremos a caderneta de saúde dos usuários idosos e os prontuários além dos registros do SUS, os registros nos permitirá coletar os dados na consulta ou no domicilio para cada usuário que logo serão preenchidos na planilha de coleta de dados ao final de cada mês.

Para aumentar a cobertura e cadastrar aos usuários ofereceremos atendimento a um total de 269 idosos, destes seriam atendidos 88 usuários ao mês aproximadamente 3 ao dia para atingir a meta de um 100% em 3 meses para ter garantido este indicador ao termo da intervenção devemos citar de maneira ativa e planejada mediante os agentes de saúde, líderes comunitários e na radio ao 100% da população idosa.

Para realizar a busca ativa e pesquisa dos usuários, é necessária a capacitação de toda a equipe no que se refere aos protocolos do Ministério de Saúde sobre os idosos, assim como capacitar sobre a forma correta de medir a pressão arterial e realizar hemoglicoteste e a revisão dos registros individuais.

A capacitação será feita antes de começar a intervenção e durante todo o tempo que dure a mesma em todas as semanas, também precisaremos ter quantidades suficientes de aparelhos para medição da pressão arterial e para a realização de hemoglicoteste, na unidade existem aparelhos suficientes para fazer os procedimentos fora da mesma por técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

O acolhimento será feito pelas técnicas de enfermagem igual que os demais procedimentos (peso, altura, medida de circunferência abdominal e hemoglicoteste a idosos diabéticos e a pessoas com pressão arterial acima de 130/80 mmhg).

Os dados serão anotados no prontuário do paciente, as fichas espelho e a caderneta individual. Para o preenchimento as técnicas de enfermagem devem ser previamente capacitadas ao final das reuniões de equipe que são feitas nas quintas feiras em horas da tarde antes de iniciar com o projeto, o seja, se deve começar imediatamente. A capacitação será feita pela médica e enfermeira.

O atendimento será feito pela médica, enfermeira e odontólogo de segunda até as quintas feiras em os dois turnos e em cada consulta deve se fazer o exame clínico apropriado aos idosos em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para as pessoas idosas diabéticas. Assim como a Avaliação Multidimensional Rápida ao 100 % das pessoas idosas da área da UBS, nosso posto tem muita demanda de atendimento, assim que para fazer um exame mais completo e lidar com dita demanda cada membro da equipe terá bem claro suas atribuições dentro do projeto, além disto desviaremos para o pronto atendimento todas aquelas urgências como síndromes febris que com frequência damos atendimento no posto.

Destas consultas integrais faremos estratificação de risco cardiovascular e outros riscos dos usuários, indicaremos tratamento adequado e preencheremos todos os dados na ficha espelho, a mesma será monitorada pela enfermeira nos finais de cada semana.

Após planejar bem o trabalho buscaremos os usuários faltosos, os quais seriam citados novamente a consulta. A agenda se organizará de maneira que sempre exista lugar para estas pessoas faltosas.

Os pacientes saíram da consulta com a próxima agendada. A busca ativa deles vai ser feita pelas agentes comunitárias de saúde. Também se fará

coordenação com o laboratório para priorizar a realização dos exames complementares dos idosos durante o tempo que dure a intervenção.

Para priorizar a prescrição de medicamentos destas pessoas uma técnica de enfermagem fará controle de estoque ao final de cada semana, também vai manter atualizado o registro das necessidades de medicamentos deles.

Para realizar a avaliação de necessidade de atendimento odontológico a médica capacitará a equipe para as palestras educativas sobre saúde bucal e busque da ativa de lesões malignas e pré-maligna na mucosa oral, não existe insumos em meu município para o atendimento odontológico de ninguém.

Para a realização das seguintes ações como são: informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção aos idosos na UBS, orientar sobre importância do acompanhamento adequado, assim como fatores de risco e outros, se fará contato com a associação de moradores e os líderes comunitários e se apresentará o projeto para eles na primeira semana esclarecendo a importância da atenção destas pessoas e buscando ter ajuda em a realização do mesmo na conscientização das pessoas com estas doenças e desta maneira evitar que falem pacientes a consulta. Também se fará contato com eles os princípios de cada mês. Isto será feito pela médica, enfermeira e odontólogo.

Para as ações de orientar diretamente as pessoas idosas quanto aos direitos de usuário de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/ Hiperdia, esclarecer sobre a periodicidade das consultas, orientar sobre seus direitos em relação a manutenção dos seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Orientar quanto a seu nível de risco, importância de adequado controle de fatores de risco modificáveis como a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular, higiene bucal e orientar sobre o tratamento para abandonar o tabagismo. Devemos aumentar as frequências dos grupos para uma vez por semana desde a segunda semana onde participará nas orientações toda a equipe, se estão preparando palestras, exposições de comida saudável, vídeos e manequins, também se aproveitará o espaço das consultas nas quintas feiras para fazer estas orientações individualmente a cada usuário onde também participará toda a equipe.

Após a reunião da equipe capacitarei a mesma na realização da estratificação de risco segundo escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e a forma de registro disto, estratégias para controle de fatores de risco modificáveis,

sobre práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular, tratamento das pessoas tabagistas e orientações de higiene bucal será utilizado o espaço do final das reuniões da equipe que aumentarão sua frequência a agora serão semanais nas quintas feiras de tarde, as capacitações serão feitas pela medica, enfermeira e odontólogo.

Temos a colaboração de um educador físico que capacitará sobre a prática de atividade física e a psicóloga que vai capacitar nas metodologias de educação em saúde. O educador vai na primeira semana a capacitar a equipe e logo se incorporará nas atividades com grupos e a psicóloga vai na segunda semana e também se incorporará nas atividades com grupos durante o tempo da intervenção.

As atividades de monitoramento da intervenção para pessoas idosas da UBS serão feitas também pela enfermeira durante todas as semanas.

Também precisamos um ônibus com seu motorista que permita nosso deslocamentos á áreas do interior para as visitas domiciliar dos usuários acamados e com déficit de locomoção, onde faremos também a consulta integral, para garantir isto já falamos com os gestores de saúdes do municípios os quais estão comprometidos com o projeto.

Ao final de cada mês se preencherá a planilha de coleta de dados que ao final das 16 semanas nos dará o cálculo final dos dados da intervenção e o cumprimento ou não dos objetivos e metas propostas. A planilha será preenchida pela médica e a enfermeira.

Com tudo isto considero que está garantida a logística do





[illegible]

## **Relatório da Intervenção**

No relatório da intervenção abordarei os seguintes aspectos:

**3.1- As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.** Examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Fazendo uma avaliação do trabalho da equipe durante a intervenção poderíamos dizer que estamos satisfeitos com os resultados obtidos já que cumprimos todas as metas planejadas conforme nossos objetivos e nossa governabilidade.

A equipe trabalhou segundo o planejado no cronograma de trabalho, antes de começar a intervenção foi informada a secretária de saúde da mesma, assim como a comunidade de maneira geral. Nunca pensei que a intervenção tivesse o impacto social que teve, como já foi mencionado, nosso posto de saúde fica na cidade de Tavares, mas nossa área de abrangência é o interior da cidade, portanto a intervenção foi feita só com idosos das áreas do interior, não foram incluídos os idosos da cidade.

A princípio da intervenção foi difícil envolver toda a equipe, pela objeção da enfermeira, sendo que eu tive que convocar uma reunião urgente com a equipe e os gestores de saúde, logo tudo ficou mais claro e agora somos melhores amigas.

Todas as ações implementadas durante a intervenção foram incluídas na rotina de trabalho do posto de saúde, exemplo eu terminei a intervenção antes de ir de férias o mês passado, e tiveram atendimento odontológico mais 10 idosos logo de terminar a intervenção, graças aos ajustes e negociações feitas com o departamento de odontologia da cidade, esse é o único indicador que vai ficar baixo, pois como já é explicado muitas vezes o atendimento odontológico tem muitas

dificuldades ainda, mas já vamos pouco a pouco avançando e melhorando esperamos que com a estratégia tomada anteriormente conseguiremos avaliar pelo menos o 71, 6 % os idosos no ano, atendendo só 4 idosos por semana.

A equipe conseguiu ampliar a cobertura do programa de atenção á saúde das pessoas idosas de 0% a 95%, outros indicadores estão em 100%, ou pior mas melhorando o atendimento odontológico.

Além das chuvas, foram muitas as dificuldades que a equipe teve que superar, nos propusemos fazer visita domiciliar aos 8 usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção na primeira semana da intervenção e o conseguimos, foi uma verdadeira luta a situação do transporte, quase nunca tínhamos o carro garantido, e era um ponto importante para o cumprimento das metas já que aproveitamos as quartas férias os dois turnos para fazer nossa intervenção sempre em comunidades do interior diferentes, fazer visitas domiciliares, dar palestras educativas segundo as condições epidemiológica da área, assim como a maior preocupação de saúde que apreciamos ali.

Existiram momentos que a equipe teve que alugar taxi, momentos que os caminhos estavam tão alagados que sentimos dúvidas se deveríamos continuar avançando, situações de risco como a travessia da ponte de madeira para chegar à comunidade da praia do farol, a equipe teve que descer do carro, passar a ponte caminhando pelas péssimas condições construtivas dela, etc.

Mas tivemos sucesso e foram visitados, até outros 11 usuários acamados que desconhecíamos e foram cadastrados durante o desenvolvimento da intervenção.

Assim todas as quartas-feiras a equipe se deslocou até uma área determinada do interior previamente anunciada nossas visitas pela rádio, líderes comunitários, ACS, para garantir a intervenção, ficando como rotina de trabalho as visitas domiciliares todas as quartas-feiras.

Tivemos dificuldades com as cadernetas de saúde dos idosos, com ajuda de outras pessoas previamente sensibilizadas e envolvida com nossa intervenção a enfermeira da equipe conseguiu providenciar 300 cadernetas de saúde dos idosos.

Chegando agora de Cuba passei a cumprimentar a uma amiga no laboratório da cidade, ali vi a uma velhinha pedindo para a moça do laboratório que colocasse os resultados dos exames na caderneta de saúde, gostei, embora que eu expliquei para ela que a moça não era quem tinha que preencher sua caderneta, se

não qualquer membro da equipe de saúde, foi muito emocionante para mim por que até a intervenção, os usuários idosos não conheciam a caderneta de saúde, instrumento valioso para o pessoal de saúde, onde se consegue coletar todos os dados de saúde dos idosos, agora todos vão à consulta com sua caderneta de saúde nas mãos.

Também tivemos dificuldades com o glicômetro que não deu para fazer pesquisa de Diabetes Mellitus aos usuários cadastrados nessa semana, por sorte na semana seguinte esse problema foi resolvido, os testes foram recuperados e feitos pelos ACS, previamente treinados em cada reunião da equipe semana após semana.

Poderíamos dizer que embora as dificuldades, temos alcançado nossas metas, quase na maioria dos objetivos determinados. Nessa ação programática em que trabalhamos, não existia nenhum trabalho anteriormente feito, assim como dado algum, apenas conhecíamos 2% dos idosos que moram em minha área de abrangência, também não conhecia as diferentes zonas onde mora minha população idosa, agora, já conheço.

### **3.2- As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.**

Descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

A equipe fez ajustes na programação das tarefas no cronograma de trabalho, quando começamos a intervenção tínhamos desenhado uma estratégia de trabalho, mas já na primeira semana a equipe concluiu que com esse ritmo, não conseguiríamos alcançar as metas, por exemplo, tínhamos previsto captar 22 usuários por semana. Isto deveu-se que nossa área de atendimento é no interior e nossa ação programática precisava melhorar.

E sobre os idosos, seria muito difícil conseguir o deslocamento deles até o posto de saúde, além de aproveitar essa visita e garantir todas as ações de saúde planejadas com seu cadastro, avaliação multidimensional, avaliação odontológica, avaliação clínica, testes, entre outros, assim como lidar com a demanda espontânea e os usuários agendados ao mesmo tempo, tendo também em conta que frequentemente sou a única médica que tem Tavares, pensei que não seria possível cumprir com os objetivos, por isso a quarta-feira foi o dia escolhido só de

intervenção além de manter a captação segundo a chegada dos idosos citados, com esta nova estratégia conseguimos cadastrar por semana os usuários segundo o planejado, fazendo as mudanças no cronograma de trabalho.

### **3.3. Aspeto relativo a coleta e sistematização dos dados.**

A equipe não teve dificuldades com a coleta de dados e etc. já que antes de começar a intervenção a equipe estudou as planilhas, fez treinamento, em caso que alguém tivesse alguma dúvida em alguma coisa e em todas as semanas na reunião da equipe foram esclarecidas as dúvidas.

### **3.4 Viabilidades da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.**

Todas as ações programáticas estão tendo continuidade na rotina do trabalho do posto de saúde, como eu já relatei, o único aspecto que deve ser levado com muita disciplina é o atendimento odontológico sem deixar de lado as outras ações programáticas, como relatado, o problema é que Tavares só tem uma dentista que trabalha meio turno duas vezes por semana, em uma população de quase 6 mil habitantes, isto faz que aqueles usuários que precisam atendimento odontológico devem chegar ao posto as 00:00 horas e passar toda a madrugada ali para marcar uma ficha, o que faz impossível garantir atendimento odontológico as crianças, gestantes e usuários idosos. No entanto com a intervenção negociamos com o dentista de maneira que possa garantir atendimento odontológico pelo menos a 4 idosos por semana, dois em cada turno e a equipe bem treinada faria as outras ações de promoção de saúde com respeito à odontologia, e deu certo.

Este indicador ficou em zero quase até o final da intervenção, por sorte o dentista nestes momentos e graças à intervenção presta atenção a dois idosos em cada turno de trabalho por semana ou seja, 4 na semana, sem modificar o número total de atendimentos odontológicos para a população geral, esta nova estratégia deu a diferença de um indicador que estava em zero e sem esperanças de melhorar, agora está em 7,3% e melhorando por que está incorporado à rotina de trabalho do posto de saúde. Continuamos fazendo visitas domiciliares todas as quartas-feiras, indicador que antes a intervenção estava em zero, graças a isto captamos outros

velhinhos acamados na área da Capororocas. Enfim de um total de 269 idosos que moram em nossa área de abrangência, 259 foram cadastrados e estão recebendo atendimento médico e equipe mais qualificado integralmente. Os 10 idosos faltantes serão cadastrados no curso do mês próximo.

As mudanças dão para visualizar, agora, temos que desenhar uma nova estratégia de trabalho que permita lidar com a demanda espontânea, com o acompanhamento dos idosos captados como caso novo de HAS e DM, assim como aqueles que achamos descontrolados até seu controle, e manter o cronograma de trabalho para aqueles usuários já agendados. A equipe quer aproveitar o ambiente da intervenção para começar a trabalhar com outras ações programáticas (HAS e DM), e assim pouco a pouco organizar nosso trabalho e orientá-lo em direção a garantir uma melhor qualidade de vida à população.

Nesse momento, a intervenção já se encontra totalmente inserida na rotina de funcionamento da UBS da nossa área de atuação.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A ESF localizada no município de Tavares /RS, atende a uma população de 2941 pessoas e são estimados 294 usuários com 60 anos ou mais pela planilha de coleta de dados. Optei por usar como população alvo 269 pessoas idosas, devido termos o cadastro do SIAB atualizado.

As ações da intervenção foram planejadas com base nos “Cadernos da Atenção Básica – Estratégias para o Cuidado da Pessoa Idosa” (caderno 19) publicado pelo Ministério da Saúde em 2013 <sup>2</sup>. Apresentamos a seguir os resultados obtidos, de acordo com os objetivos e metas previamente estabelecidas.

Objetivo Geral: Melhorar a atenção à Saúde das pessoas idosas na UBS de Tavares

Objetivo específico 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS.

#### **Metas referente ao objetivo 1**

Meta 1.1-Ampliar a cobertura à saúde das pessoas idosas da área da UBS para 100%.

Quando iniciamos a intervenção no Posto de Saúde com uma população de 2941 pessoas não tínhamos nenhum controle de saúde das pessoas idosas, por conseguinte a equipe desenhou estratégias que envolviam um conjunto de ações que tinham como alvo atender às metas propostas e assim alcançar o objetivo 1.

Na área adstrita à UBS são estimadas 294 pessoas idosas. Optamos como público alvo, usar dados atualizados do SIAB ou seja, 269 idosos em nossa área de abrangência, destes foram cadastrados 259 idosos, 98 (36,4%) no primeiro mês, 176 (65,4%) no mês dois e 259 no terceiro mês, obtendo uma cobertura de 96,3% de atenção à saúde da pessoa idosa ao final do trimestre na UBS, com

possibilidades reais de chegar ao 100%, já que todas as estratégias de intervenção ficaram como rotina de nosso trabalho na UBS. (Figura 1)

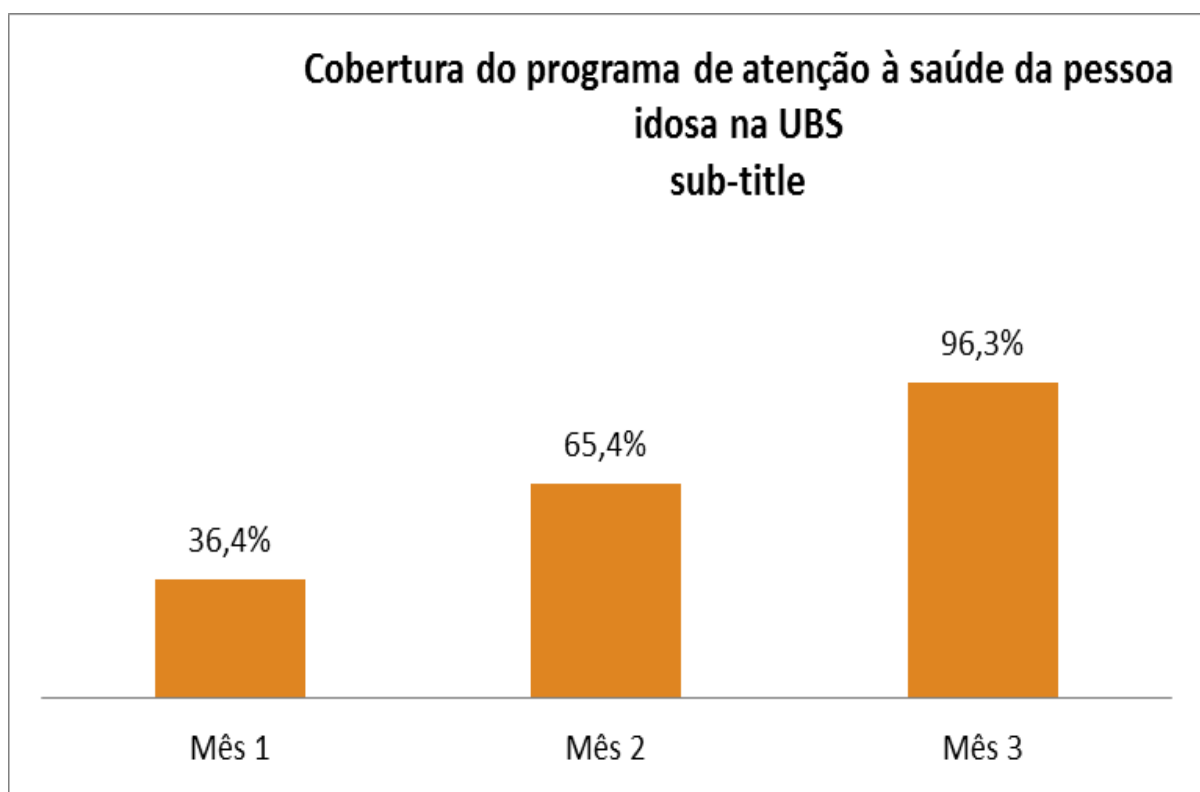
As ações que mais contribuíram para a busca das pessoas idosas foram:

1-A busca ativa dos idosos pelos ACS.

2-A busca ativa dos idosos pelos meios de comunicação, exemplo, o rádio.

3-A busca ativa dos idosos pelos líderes comunitários captados para apoiar a intervenção.

Ampliar a cobertura de atenção à saúde das pessoas idosas ajudou a organizar uma ação programática priorizada na UBS, mas sobretudo oferecer uma adequada atenção à saúde dos idosos com o alvo de garantir uma melhor qualidade de vida aos idosos a longo prazo.



**Figura 1** Gráfico Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS de Tavares/RS

Objetivo 2: Avaliar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.



Meta 2.1--Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100 % das pessoas idosas da área da UBS, utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Esta meta foi atingida integralmente em todos os meses. Foram avaliados os 259 cadastrados 98(100%) no primeiro mês, mais 78, cumulativamente 176(100%) no mês dois e no terceiro mês mais 83(100%), atingindo 259 pessoas idosas com 100% de avaliação multidimensional em 100% dos idosos cadastrados.

Consideramos como fatores facilitadores do alcance desta meta:

A capacitação da equipe semana após semana.

O agendamento público da equipe de saúde.

A organização e planejamento do trabalho.

Meta 2.2- Realizar exame clínico apropriado em 100 % das pessoas idosas.

Foram examinados 98(100%) usuários no primeiro mês, mais 78(100%) no mês dois, mais 83(100%) no terceiro mês, totalizando 259 pessoas idosas no trimestre.

Esta meta foi atingida integralmente, em todos os meses. Apontamos como fatores facilitadores:

A capacitação da equipe e o trabalho em conjunto da mesma.

Meta 2.3- Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS).

Esta meta foi atingida integralmente, ainda que no primeiro mês ficasse faltando 1 usuário por rastrear pressão arterial dos 98 cadastrado, 97(99%), no mês dois mais 78(100%), no mês terceiro mais 83(100%), totalizando as 259 pessoas idosas cadastradas, conforme mostra a (figura 2). Os fatores que facilitaram que esta meta fosse atingida foram:

O cadastro do 100% dos idosos com a ajuda dos ACS, líderes comunitários e meios de difusão massiva.

A capacitação da equipe semana após semana.

O agendamento público da equipe de saúde.

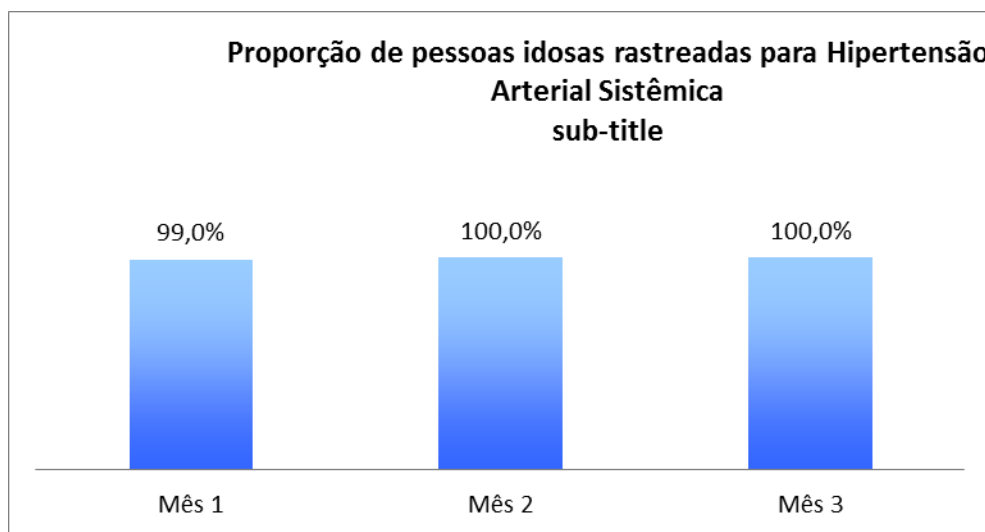


Figura 2 Proporção de pessoas idosas rastreadas para Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS de Tavares/RS

#### Meta 2.4-Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus(DM).

Nesta meta a equipe teve dificuldades com o glicômetro, já que tínhamos que emprestá-lo durante uma semana ao hospital e o município não teve mais para repor. No entanto na outra semana nosso glicômetro foi liberado do hospital e foram recuperados todos os testes de glicose pelos ACS nas casas dos usuários por conseguinte a meta foi atingida integralmente, primeiro mês 98(100%), mês 2 mais 78 (100%), e mês 3, mais 83(100%) tendo um total de 259 usuários.

Meta 2.5-Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas com diabetes incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Foi muito importante para a equipe definir 100% nesta meta que no começo da intervenção estava em 0 %, não só pela organização da UBS como também para os usuários, sendo premonitório de doenças incapacitantes, as alterações do exame físico dos pés no diabético, como a palpação dos pulsos, e a sensibilidade. Assim como também a avaliação do risco cardiovascular com o exame multidimensional entre outros, esta meta foi atingida no 100% dos usuários

cadastrados, sendo de muita importância para conseguir este resultado a capacitação e o trabalho em conjunto de toda a equipe.

Meta 2.6- Solicitar exames complementares periódicos em dia para 100% das pessoas idosas.

A solicitação de exame aos idosos foi nossa prioridade, tendo no primeiro mês 98 (100%) e o mês dois mais 78 (100%) de exames realizados em usuários cadastrados, no terceiro mês obtivemos 232 (89,6%) já que 27 dos usuários não tiveram os exames em dia, conforme (figura3). Isto poderia ser explicado pelas dificuldades para o deslocamento dos idosos que moram em localidades muito distantes da cidade. No entanto foi ótimo aumentar este indicador, já que ele estava em zero. Assim os usuários que tem maior fragilidade podem desenvolver maiores complicações e incapacidades futuras que poderiam ser prevenidas com um exame em dia, o que garante a prevenção, controle e diagnóstico de algumas outras doenças.

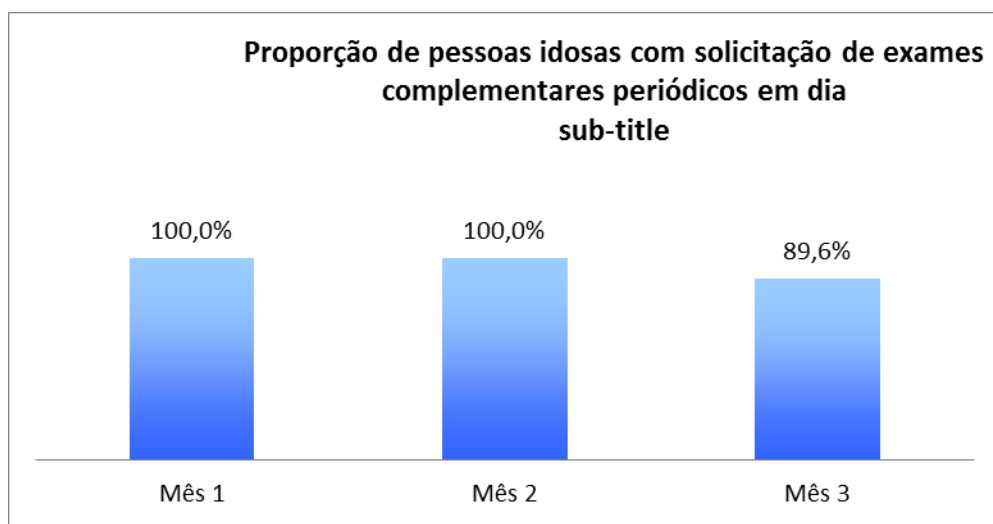


Figura 3: Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia na UBS de Tavares/RS

Meta 2.7-Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas.

Nosso interesse em função de oferecer uma adequada atenção médica tem implícito que todos os usuários tenham prescrição de medicamentos da farmácia popular. No início da intervenção apenas tínhamos poucos usuários fazendo uso da farmácia popular, muitos tinham prescritos os medicamentos com nome comerciais. Com a entrega da equipe, agendamento público e acompanhamento dos usuários conseguimos trocar sua medicação comercial por genéricos de fácil obtenção na farmácia popular. Apenas no primeiro mês de intervenção só 68 usuários de 98 cadastrados fizeram uso da farmácia popular (69,4%), já no mês dois de 176 usuários cadastrados, 142 fizeram uso da farmácia popular (80,7%), no terceiro mês 215 usuários de 259 cadastrados fizeram uso da farmácia popular (83,0%), conforme (figura 4).

Embora não alcançarmos 100% desse indicador, ele sem dúvida foi melhorado e continuará evoluindo, porém sei que não se conseguirá nunca o 100%, já que há muitos idosos em consulta de acompanhamento por especialistas, com tratamentos antigos que controlam de maneira eficaz suas doenças, e não são substituíveis por medicamentos da farmácia popular. Isto tem importância econômica para o governo federal já que conseguir controlar os usuários com medicamentos fornecidos pelo SUS contribuem para um melhor controle e utilização dos recursos do Estado e garante melhor economia para o usuário assim como a continuidade de sua medicação e o bom controle de suas doenças.

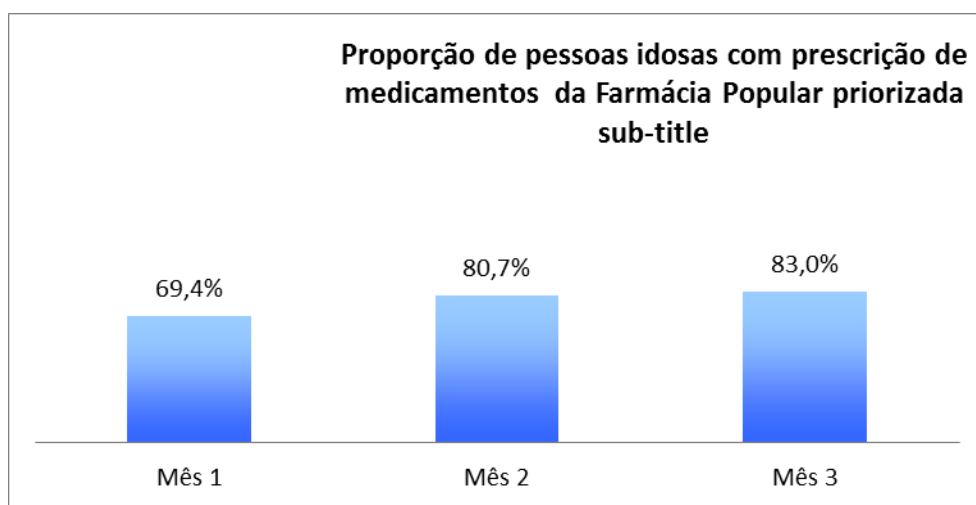


Figura 4: Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada na UBS de Tavares/RS

**Meta 2.8-Definir e cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.**

No início da intervenção tínhamos conhecimento somente de 11 usuários acamados ou com problemas de locomoção, segundo foi desenvolvendo-se a intervenção cadastramos mais 10 usuários. No primeiro mês 8(100%), no mês dois mais 1 (100%), e no terceiro mês mais 12 (100%) com total de 21 usuários idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrado, que constituem 100% os usuários acamados ou com problemas de locomoção em nossa área de abrangência, conforme (Figura 5).

Graças ao trabalho comprometido da equipe, dos ACS, líderes comunitários a cada momento que fomos tendo conhecimento de algum usuário acamado ou com problema de locomoção, fazíamos imediatamente seu cadastro.

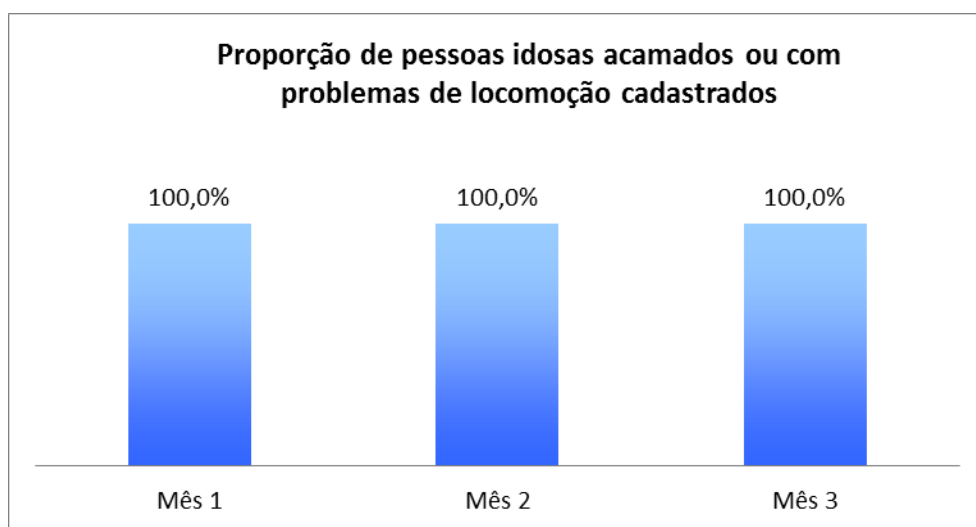


Figura 5 Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados na UBS de Tavares/RS

**Meta 2.9-Realizar visita domiciliar ao 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.**

Para atingir 100% nesta meta foi uma verdadeira luta, já que não tínhamos transporte para deslocar a equipe até o interior da cidade por caminhos e estradas de difícil acesso, nunca, até o momento, em quase um ano de trabalho, antes de iniciar a intervenção havíamos conseguido realizar uma visita domiciliar. Assim que, começar a fazer essas visitas domiciliares e alcançar 100% foi um verdadeiro

desafio, os 21 usuários acamados receberam visita domiciliar, 8 (100%) no primeiro mês, 9 (100%) no mês dois e 21(100%) no terceiro mês.

Meta 2.10- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológica em 100% das pessoas idosas.

Esta meta atingiu 100% 98(100%) usuários no primeiro mês, mais 78(100%) no mês dois e mais 83(100%) no terceiro mês, no total os 259 usuários cadastrados tiveram avaliação das necessidades odontológicas graças ao trabalho em conjunto da equipe.

Meta 2.11- Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

O atendimento odontológico é crítico, pela escassez de insumos e de recursos humanos em nosso município de modo que este indicador de cobertura ficou em 0% no primeiro mês e zero no segundo mês sem possibilidade de ser melhorado. Mas o trabalho em equipe conseguiu desenhar uma estratégia de trabalho inserida já na rotina de trabalho da UBS apenas no terceiro mês da intervenção, que consistiu em oferecer atendimentos odontológico a 4 idosos a cada semana, sem afetar aos usuários que fazem longas filas para marcar sua ficha e geralmente tem que dormir no posto de saúde, de maneira que alcançamos a avaliação odontológica a 19 usuários (7,3%). Assim, projetamos que no período de um ano alcançaremos atendimento odontológico a pelo menos a 63% dos usuários idosos.

Embora esta é uma meta que ainda temos muito por trabalhar estamos contente, já que melhoramos 7,3 vezes este indicador que estava em 0% e sem possibilidades de ser melhorado, conforme (figura 6).

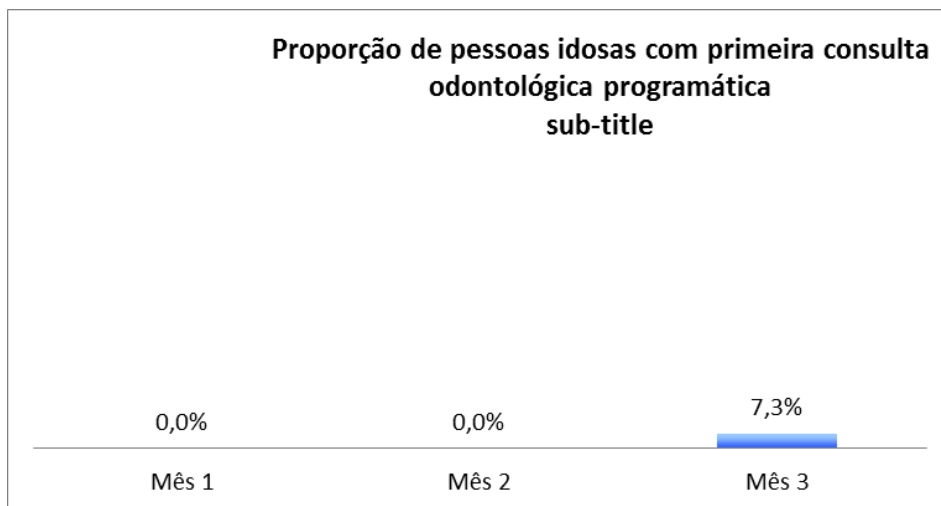


FIGURA 6: Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática na UBS de Tavares/RS

Nas outras metas relacionadas com o atendimento odontológico conseguimos obter 100%, como a avaliação de alterações da mucosa oral e a avaliação das necessidades de próteses, nas duas obtivemos 98 usuários cadastrados e avaliados no primeiro mês (100%), mais 78(100%) no mês dois e mais 83(100%) no terceiro mês. Atingimos portanto os 259 idosos cadastrados (100%). Deveu-se à capacitação do pessoal da equipe, agentes comunitários e outros, em diferentes temas de promoção de saúde odontológica da pessoa idosa, tais como: detecção do câncer bucal, prevenção das caries, através de palestra de promoção de saúde todas quintas de tarde por uma hora.

**Objetivo 3. Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde dos Idosos.**

**Meta 3.1- Buscar ativamente 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.**

No período de 12 semanas tivemos 11 faltosos às consultas programadas. Após informar comunidade sobre a importância de realização das consultas, esclarecer as pessoas idosas e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, treinar os ACS para a orientação das pessoas idosas quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e definir com a equipe a periodicidade das consultas e sua importância para a prevenção e controle de doenças crônicas.

No primeiro mês tivemos 8 faltosos, dos quais recuperamos 6 (75%), os outros dois foram recuperados no outro mês. No mês 2 tivemos mais 3 faltosos. Terminamos com busca ativa de 100% dos faltosos às consultas, isto foi muito importante para a equipe e para os usuários que receberiam uma avaliação integral pela equipe de trabalho, conforme figura 7.

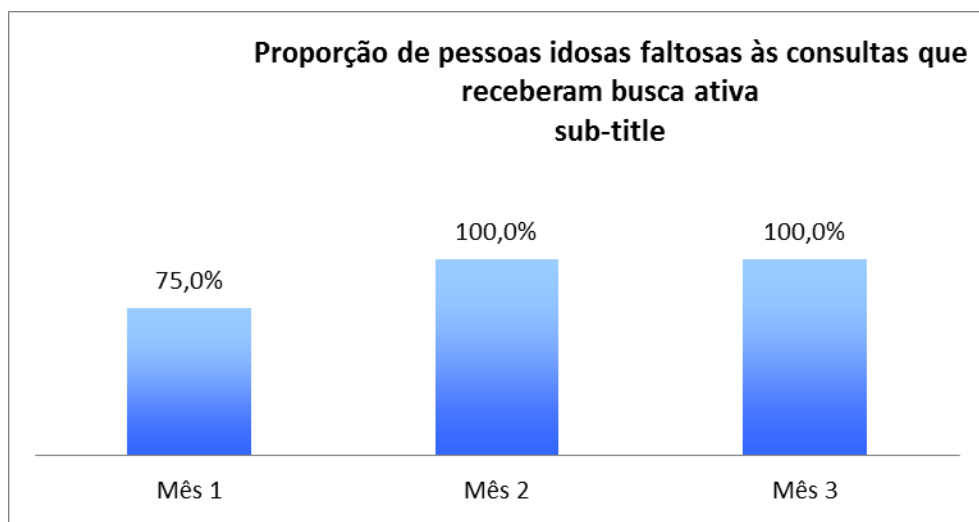


Figura 7: Proporção de pessoas idosas faltosas a consulta que receberam busca ativa na UBS de Tavares/RS

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1-Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Esta meta atingiu 100%, foram registrados no primeiro mês os 98 usuários cadastrados (100%), mais 78 (100%) no mês dois e 83 (100%) no mês três, totalizando 259 usuários idosos.

Meta 4.2- Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastrada.

Essa meta atingiu 100%. A enfermeira da equipe teve um papel imprescindível no cumprimento dessa meta, a equipe começou a intervenção com



apenas 80 cadernetas de saúde, sem possibilidades de obter mais pela secretaria de saúde. Então ela sensibilizou à outros gestores de saúde de fora de nosso município e conseguiu 300 cadernetas de saúde.

No primeiro mês só conseguimos fazer caderneta de saúde a 76 usuários de 98 cadastrados (77,6%), no mês dois se fizeram cadernetas de saúde a mais 22 idosos que estavam faltando, completando 176 (100%) no mês 2 e no terceiro mês mais 83(100%), totalizando 259 pessoas idosas com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa atualizada.

As pessoas idosas antes de começar a intervenção não conheciam a caderneta de saúde, a qual constitui um importante instrumento de orientação ao médico, equipe e usuários, pois compila grande quantidade de informações sobre as diferentes situações de saúde dos mesmos

Objetivo 5. Mapear o risco para morbimortalidade das pessoas idosas.

Meta 5.1-Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade (incluindo o risco cardiovascular quando necessário).

Meta 5.2-Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

O comportamento dessas duas metas foi o mesmo, as duas atingiram o 100%, no primeiro mês 98 idosos (100%), no mês dois mais 78(100%), e no terceiro mês mais 83(100%), totalizando os 259 idosos.

Com a avaliação rápida multidimensional a equipe conseguiu atingir o 100% dessas metas anteriores, foi muito importante esta avaliação integral aos usuários, diante delas classificamos os usuários idosos em diferentes grupos de risco, com trabalho individualizado segundo as necessidades de cada usuário.

Meta 5.3- Avaliar a rede social de 100 % das pessoas idosas.

A avaliação da rede social é um ponto muito sensível, tendo em conta os difíceis e inacessíveis locais onde moram nosso usuários idosos, são varias

localidades distantes umas das outras, as vezes os mesmos vizinhos não conhecem ao vizinho mais próximo. Mesmo assim a equipe conseguiu ter no primeiro mês os 98 usuários cadastrados (100%), no mês dois o mesmo comportamento com os mais 78 cadastrados (100 %), no terceiro mês dos mais 83 usuários cadastrados, 8 não tiveram a rede social avaliada em dia. Porém um indicador que estava em 0 % alcançou 97,3% (252 usuários), conforme figura 8. Acredito que não conseguimos chegar a 100% pelas mesmas condições geográficas que já abordei.



Figura 8: Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social em dia na UBS de Tavares, Tavares/RS

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas idosas.

Meta 6.1- Garantir educação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2- Garantir orientação para a prática regular de atividades físicas a 100% das pessoas idosas.

O comportamento dessas duas metas foi o mesmo, as duas atingiram o 100%, no primeiro mês 98 idosos (100%), no mês dois mais 78(100%), e no terceiro mês mais 83(100%).

Meta 6.3-Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para a 100% das pessoas idosas.

Como já foi mencionado, o atendimento odontológico em meu município é inadequado, mas com a capacitação da equipe semana após semana, sobre diferentes temas de educação para a saúde bucal, nesta meta a equipe em trabalho conjunto atingiu 99,6%; no mês um os 98 usuários cadastrados receberam orientações sobre higiene bucal (100%) , no mês dois 175 ( 99,4%) dos cadastrados receberam educação de saúde em higiene bucal, no mês três só ficou faltando um usuário, alcançando portanto 258 pessoas idosas (99,6%), conforme figura 9.

Considero que essas pequenas diferenças foram devido às dificuldades encontradas em cada comunidade no decorrer da intervenção. Sempre estava faltando algum material ou insumo necessário que ficavam fora de nossa governabilidade, exemplo maca de exames físico aos usuários. Isto causava estresse na equipe e tínhamos como consequência irregularidades.

As ações de capacitação e informação, foram desenvolvidas no posto de saúde mensalmente, durante 3 meses através de palestras educativas feitas em diferentes cenários como igrejas, posto de saúde e no domicílio.

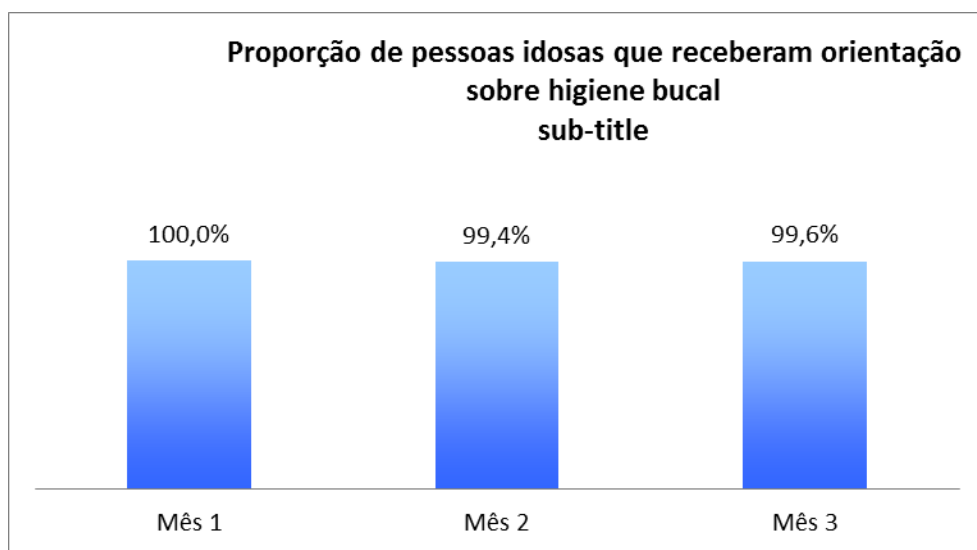


Figura 9: Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS de Tavares, Tavares/RS

Todas as metas desse objetivo foram cumpridas integralmente com o trabalho conjunto de toda a equipe. Enfim, ao final da intervenção a equipe atingiu as metas, segundo os objetivos.

## 4.2 Discussão

Fazendo uma avaliação profunda da intervenção de maneira geral e integral, quanto às dificuldades e os sucessos que a equipe teve, eu posso dizer que obtivemos bons resultados, a equipe trabalhou em todos os objetivos propostos, alcançou quase a totalidade das metas propostas. Os indicadores mudaram todos positivamente, conseguindo transformar uma ação programática que estava em zero na melhor de nosso posto de trabalho; com o cadastro dos usuários idosos também conseguimos conhecer seu ambiente social, a família e sua funcionalidade.

Esta intervenção propiciou também a integração de toda a equipe, imersa todos os membros numa mesma ideia, em conjunto.

Cada membro da equipe realizou suas atribuições correspondentes durante a intervenção, situação essa que garantiu um ótimo rendimento da equipe quanto ao agendamento público, o que, além disto, produz um atendimento médico mais humanizado, organizado, rápido e integral ao usuário, as capacitações da equipe ajudaram a ter melhoras científicas, culturais e sociais com maior integração social da comunidade conosco e de nós com a comunidade, ajudou a encontrar líderes sociais que foram de ajuda importante na intervenção, além de que, eles ficaram trabalhando junto conosco no projeto comunitário.

As ações desenvolvidas foram pautadas nas recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento e manejo dos usuários idosos acompanhados e monitorizados permanentemente.

A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, com melhorias nos registros, nos agendamentos das consultas e visitas domiciliares, na atenção das demandas espontâneas, priorizando os usuários com riscos, conseguimos ofertar um atendimento com mais qualidade na atenção ao usuário idoso.

Daremos continuidade à sistematização das ações já implementadas na intervenção. Tornando parte da rotina do trabalho de nosso posto de saúde continuaremos com o desenvolvimento de nossas ações de promoção da saúde.

Seria de muita ajuda neste momento na UBS se tivéssemos o sistema de internet e computador, para assim agilizar nosso processo de cadastramento e de

trabalho no posto, falando ao gestor as melhorias que proporcionaria para o serviço, equipe e o desenvolvimento do trabalho.

Com a realização da intervenção a equipe conseguiu que ampliassem o posto de saúde melhorando as condições estruturais, assim oferecendo um adequado atendimento médico e da equipe em melhores condições físicas de trabalho

Continuaremos com o cadastramento dos usuários em nossa área de abrangência, assim como com nossa estratégia para os atendimentos na parte odontológica.

Sem dúvida nenhuma a intervenção constitui um grande passo de avanço no desenvolvimento e caminho para obter uma verdadeira organização no trabalho, garantindo a melhoria na educação de saúde da comunidade, situação que levou implícito aumento dos conhecimentos da população tais como : importância dos exames de pesquisa dos grupos de risco, importância da higiene geral, importância do cuidados dos pés em doentes diabéticos, importância dos acompanhamentos dos doentes para prevenir complicações futuras e com isto ter uma melhor qualidade de vida, ainda propiciar que a população conhecesse os seus direitos enquanto usuários do Sistema Único de Saúde.

Talvez o que faria ainda seria projeto bem explicito, chegando ao prefeito deste município sobre a importância de pedir um consultório móvel que trabalhe em conjunto com a equipe de saúde e fazer as oito horas de atendimento diário no interior, permitindo oferecer um atendimento regular e com maior qualidade perto de suas casas aos usuários em geral, por que também temos doentes com HAS, DM, acamados, que precisam ter também acompanhamento e atendimento adequado.

O nosso “motor de trabalho” está ligado e a equipe com desejos de viver novas experiências. Temos em projeto trabalhar com outras ações programáticas que precisam ser melhoradas: atenção ao pré-natal e ao puerpério, a prevenção do câncer de mamas e do colo uterino, HAS e DM dentre outras.

## **5 Relatório da Intervenção para os gestores**

Caros gestores

Ao cumprimentá-los apresentaremos a seguir um relatório sucinto do trabalho

desenvolvido, através de um projeto de intervenção para atender requisito do Curso de Especialização com o objetivo de melhorar a atenção aos usuários idosos realizado no período de três meses de setembro a dezembro/2015, totalizando 12 semanas, propiciando benefícios para a população da comunidade, especialmente para os 259 idosos envolvidos na intervenção, que foram os mais beneficiados.

Na área adstrita à UBS são estimados 294 pessoas idosas. Optamos como público alvo dados atualizados do SIAB ou seja, 269 idosos em nossa área de abrangência, destes foram cadastrado 259 idosos, 98 (36,4%) no primeiro mês, 176 (65,4%) no mês dois e 259 no terceiro mês, obtendo uma cobertura de 96,3% de atenção à saúde da pessoa idosa ao final do trimestre na UBS, com possibilidades reais de chegar a 100%, já que todas as estratégias de intervenção ficaram como rotina de nosso trabalho na UBS.

Os usuários idosos ficaram satisfeitos e tiveram efetiva participação nas ações previstas no projeto. A prioridade nos atendimentos, teve boa aceitação, sendo cada dia maior o número de usuários que buscam a unidade de saúde.

Com a realização desta intervenção atingimos uma maior organização dos atendimentos aos usuários implantando um atendimento qualificado sobre essa faixa etária prevenindo acometimento de novas doenças e suas complicações que repercutiriam de maneira negativa nos mesmos.

Durante o acompanhamento dos usuários de forma individual conseguimos realizar ações nos quatro eixos, preconizados no projeto pedagógico Curso de Especialização, quais são: Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Todos foram pautadas no cronograma do projeto, fizemos todas as reuniões planejadas e as capacitações da equipe conforme os protocolos de saúde para os usuários idosos, preconizado pelo ministério da saúde. Fizemos a distribuição das tarefas para todos

os membros da equipe, a capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos idosos faltosos a consultas e o cadastramento deles, contato com lideranças comunitárias, os registros das informações dos idosos, atendimentos clínicos, visitas domiciliares, realização de ações de promoção de saúde, monitoramento de exame clínico, exames complementares e acessos às medicação das farmácias básica e o monitoramento da intervenção, conseguindo melhorar a cobertura de saúde para os usuários idosos de 0% a 96,3%. Indicadores de qualidade atingiram 100%, tais como: avaliação multidimensional rápida, rastreamento para HAS e DM, visita domiciliar aos usuários acamados ou com problemas de locomoção entre outros.

Foi de vital importância a participação da gestão municipal, disponibilizando parte da documentação, como são as fichas espelhos e maior quantidade de exames complementares aos usuários. Ainda a disponibilização de recursos como materiais e instrumentos que precisávamos, os protocolos do Ministério de Saúde além do recurso humano que estava faltando, como a odontóloga, aspectos fundamentais que propiciaram os resultados positivos alcançados da intervenção.

Dando continuidade à intervenção em busca da melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabético. Aproveito o espaço, não só para agradecer seu apoio, como também para pedir a continuidade se sua colaboração para manter nosso trabalho e desenvolver outros, assim como garantir transporte para manter os atendimentos na área do interior, objetivo fundamental de nosso trabalho, também são necessárias algumas melhorias importantes como é a realização do projeto arquitetônico para reformar o posto de saúde previsto realizar neste ano 2016, onde vamos ter melhoras das condições estruturais, e os atendimentos clínicos serão melhores, com mais qualidades.

Finalmente agradecemos seu apoio.

## **Relatório da Intervenção para a comunidade**

Prezada comunidade

Na UBS de Tavares, que atende a população do interior do município desenvolvemos um projeto de intervenção para atender requisito do Curso de Especialização na atenção aos usuários idosos, realizada no período de setembro a dezembro 2015 totalizando 12 semanas, propiciando benefícios para a população da comunidade, especialmente para os 259 idosos envolvidos na intervenção que foram os mais beneficiados.

A equipe conseguiu interagir com os usuários envolvidos no trabalho de forma organizada. Realizando ações no serviço durante a intervenção nos quatro eixos correspondentes, organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; prática clínica e engajamento público; ampliando a cobertura da atenção aos idosos na comunidade, seu cadastro, registros, educação de saúde, enfim melhorando a qualidade da atenção destes usuários.

O impacto da intervenção na comunidade foi bom, com sucessos, visto que obtivemos resultados positivos. Os usuários, 259 idosos ficaram satisfeitos com a participação na intervenção, com a prioridade nos atendimentos, com a diminuição do tempo de espera na UBS, assim a comunidade teve muita boa aceitação, sendo cada dia maior o número de usuários que busca atenção na unidade de saúde.

Daremos continuidade a melhorias das ações já implementadas na intervenção tornando parte da rotina do trabalho do posto de saúde, continuaremos com o desenvolvimento de nossas ações de promoção de saúde, importante para a educação da população, com a inclusão das lideranças no apoio das atividades realizadas. Esta ação programática já constitui-se de uma rotina diária na UBS

Todas as ações realizadas favoreceram ter alcançado ótimos resultados, fruto do trabalho em equipe e pela dedicação de todos. Continuaremos também com os atendimentos na parte odontológica sendo a odontóloga fixa na UBS, de fundamental importância, com a motivação de alcançar as metas de cadastramento, e poder cumprir com a meta traçada no projeto

Ainda pretendemos investir na ampliação de cobertura dos idosos na comunidade. Continuaremos com o cadastramento dos usuários na área de



abrangência, assim como melhorar outras ações de saúde, peço por gentileza manter seu apoio a nossa equipe no desenvolvimento das outras ações programáticas que pretendemos melhorar, precisamos que vocês continuem informando à população sobre as ações programáticas desenvolvidas, os dias de nossas visitas domiciliares, notificar aqueles usuários que moram em áreas muito longes que não são de nosso conhecimento, notificar aos usuários faltosos sobre sua próxima consulta, participar nas palestras comunitárias junto com os doentes com o alvo de informar-se sobre a doença que sofre seu vizinho ou familiar para assim saber manejar qualquer ocorrência de complicações ou descontrole das mesmas.

Agradecemos a toda a comunidade envolvida na intervenção, os gestores de saúde, aos usuários e suas familiares por sua compreensão, apoio e divulgação de nosso trabalho, que fez com que a intervenção tivesse sucesso.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

O processo pessoal de aprendizagem para mim no curso de especialização foi uma experiência interessante e única. No início para mim foi muito difícil, porque eu não gostei de ter que fazer essa especialização e não deu para escolher.

Em quanto o curso foi desenvolvendo-se foi aumentando meu interesse, provocado pela ausência total de trabalho de planejamento, organização, controle da maioria das ações programáticas na UBS.

Com a realização da análise da situação de saúde (ASS) na comunidade, eu pude conhecer a verdade e realidade da população onde trabalho, as condições de vida, o modo e estilo de vida, as crenças, as religiões, os níveis culturais predominantes, as situações socioeconômicas e as necessidades em saúde.

Durante esta modalidade a distância, cada unidade terminada incorporava uma aprendizagem nova, e com a relação com os orientadores conhecer um pouquinho mais dos aspectos pedagógicos no Brasil.

As atividades do curso como a participação dos fóruns de saúde coletiva e da clínica, propiciaram aportes e conhecimentos científicos. Os casos interativos realizados mostravam seguimento adequado dos protocolos disponibilizados pelo ministério.

De forma geral, os materiais, os questionários, os casos clínicos, os fóruns, o diálogo com nossos orientadores, esteve repleto de novas experiências de vida que eu nunca vou esquecer. O processo pessoal de aprendizagem para mim no curso de especialização ao final foi útil e incorporou novas perspectivas e visão como profissional.

## Referências

- 1-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. Caderno de Atenção Básica n. 19 .
- 2-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8).
- 3-BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 2006. Lei Orgânica da Saúde. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 19 de set. BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.p.48,124,773.
- 4-BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 687/GM de 30 de Março de 2006. Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2006.

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

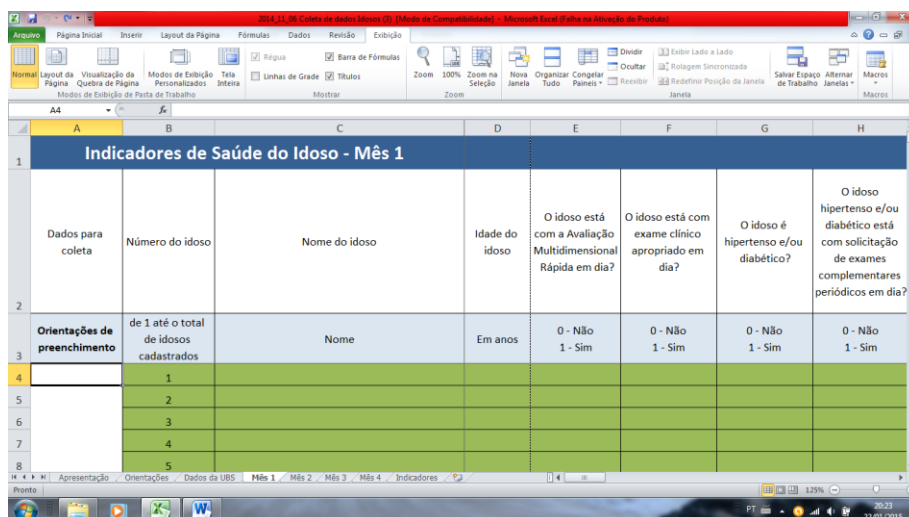
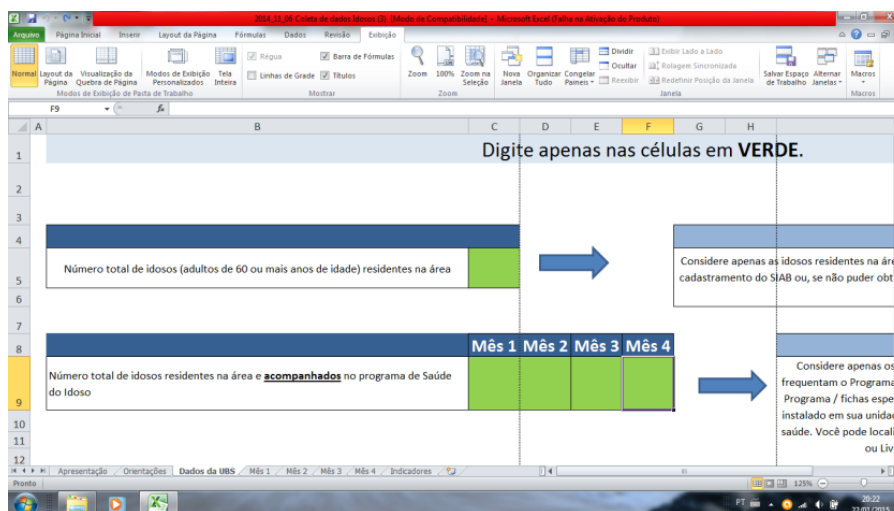
*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B - Planilha de coleta de dados





## FOTOGRAFIAS





